



\* R O I R C D \*

PLACE PATIENT LABEL TO COVER OR COMPLETE BELOW:

Patient Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_

CSN: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)**  
**PROTECTED HEALTH INFORMATION RELEASE AUTHORIZATION (SPANISH)**

MRU00696 (01/29/19)

Page 1 of 1

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # de SS (opcional): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cod. postal: \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Tel. alternativo: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Yo autorizo a las siguientes instituciones a divulgar mi Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) por los servicios/atención y fechas especificadas:**

Hospital University Medical Center of Southern Nevada (UMC) → Fechas de atención: \_\_\_\_\_

UMC Quick Care<sup>†</sup> (especifique cuál): \_\_\_\_\_ → Fechas de atención: \_\_\_\_\_

UMC Primary Care<sup>†</sup> (especifique cuál): \_\_\_\_\_ → Fechas de atención: \_\_\_\_\_

**Yo autorizo que la siguiente PHI sea divulgada de mi expediente médico (marque todo lo que corresponda):**

Descripciones/Resúmenes (incluyendo: resumen de alta, historial médico y clínico, reportes de cirugía, consultas con especialistas y resultados de estudios de laboratorio)

Expediente de la Sala de Urgencias     Informes de radiología     Estudios de radiología/de imágenes en film o formato digital

Resultado de laboratorio de (especifique): \_\_\_\_\_     Otros (especifique): \_\_\_\_\_

*La información contenida en mi expediente médico puede tener datos concernientes a enfermedades de transmisión sexual, atención por problemas de salud mental y tratamiento por alcohol o drogas. Leyes estatales y federales protegen esta información. Si esta información es aplicable a usted, por favor indique marcando y poniendo sus iniciales donde corresponda si desea que sea divulgada/obtenida, incluyendo fechas de atención*

• Alcohol, Abuso de drogas     Sí     No    → Fechas de atención: \_\_\_\_\_    Iniciales: \_\_\_\_\_

• Estudios y resultados de VIH     Sí     No    → Fechas de atención: \_\_\_\_\_    Iniciales: \_\_\_\_\_

• Expediente de salud mental     Sí     No    → Fechas de atención: \_\_\_\_\_    Iniciales: \_\_\_\_\_

• Expediente de psicoterapia     Sí     No    → Fechas de atención: \_\_\_\_\_    Iniciales: \_\_\_\_\_

• Expediente genético     Sí     No    → Fechas de atención: \_\_\_\_\_    Iniciales: \_\_\_\_\_

**Yo solicito que mi PHI sea divulgada a la siguiente persona:**     El mismo paciente     Otra persona (complete abajo)

Nombre de la persona (UNO por solicitud): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cod. postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico (opcional): \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Propósito por el que se solicita la divulgación de mi PHI (marque una):**     Legal     Para continuar la atención/cuidado médico

Aseguradora     Personal     Otro propósito (especifique): \_\_\_\_\_

**Formato de divulgación:**     Papel (preseleccionado si no marca nada)     CD-ROM / disc     Correo electrónico

**Método de divulgación:**     Llamada para recogerlo cuando esté listo     Enviar por correo     Enviar por fax

Otro/Solicitud especial: \_\_\_\_\_

**Esta autorización expira (automáticamente) en un año desde la fecha de la firma, o en la fecha del evento, o bajo las condiciones que se indican a continuación:**

Fecha / Evento / Condición (especifique bajo qué condición): \_\_\_\_\_

**Al firmar este formulario de autorización, entiendo que:**

1. Las solicitudes de copias del expediente médico están sujetas a un cobro según regulaciones federales/estatales.
2. La autorización para divulgar información es voluntaria y yo puedo rehusarme a firmar este documento.
3. El tratamiento, pago, participación o la elegibilidad para recibir beneficios no puede estar condicionada a si firma o no esta autorización.
4. Yo tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe hacerse por escrito y enviada por correo o llevada personalmente a *UMC Health Information Management Department* a la siguiente dirección: 1800 W. Charleston Blvd., Las Vegas, Nevada 89102. La revocación no aplica a información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización.
5. La información divulgada con relación a esta autorización puede ser re-divulgada y por consiguiente no estará protegida por las regulaciones federales de privacidad.

**Hora:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ **Firma del paciente/representante del paciente\*:** \_\_\_\_\_

**Nombre del representante del paciente (si procede):** \_\_\_\_\_ **Parentesco con el paciente:** \_\_\_\_\_

*\*(Nota: Los tutores legales y apoderados o tutores designados por medio de un poder notarial deben incluir una copia de dicho documento con esta solicitud)*

**UMC QUICK CARE LOCATIONS:**

- **Blue Diamond Quick Care**  
4760 Blue Diamond Road, #110  
Las Vegas, NV 89139
- **Centennial Hills Quick Care**  
5785 Centennial Center Blvd, #190  
Las Vegas, NV 89149
- **Enterprise Quick Care**  
1700 Wheeler Peak Street  
Las Vegas, NV 89106
- **Nellis Quick Care**  
61 N. Nellis Boulevard  
Las Vegas, NV 89110
- **Peccole Quick Care**  
9320 W. Sahara Avenue  
Las Vegas, NV 89117
- **Rancho Quick Care**  
4231 N. Rancho Drive  
Las Vegas, NV 89130
- **Spring Valley Quick Care**  
4180 S. Rainbow Blvd, # 810  
Las Vegas, NV 89103
- **Summerlin Quick Care**  
2031 N. Buffalo Drive  
Las Vegas, NV 89128
- **Sunset Quick Care**  
525 Marks Street  
Henderson, NV 89014

**UMC PRIMARY CARE LOCATIONS:**

- **Centennial Hills Primary Care**  
5785 Centennial Center Blvd, #230  
Las Vegas, NV 89149
- **Nellis Primary Care**  
63 N. Nellis Boulevard  
Las Vegas, NV 89110
- **Peccole Primary Care**  
9320 W. Sahara Avenue  
Las Vegas, NV 89117
- **Southern Highlands Primary Care**  
11860 Southern Highlands Pkwy, #102  
Las Vegas, NV 89141
- **Spring Valley Primary Care**  
4180 S. Rainbow Blvd, # 810  
Las Vegas, NV 89103
- **Summerlin Primary Care**  
2031 N. Buffalo Drive  
Las Vegas, NV 89128
- **Sunset Primary Care**  
525 Marks Street  
Henderson, NV 89014
- **Wellness Center**  
701 Shadow Lane, # 200  
Las Vegas, NV 89106