

Autorización para la divulgación de información de salud



Departamento de Registros Médicos
 900 University Ave, Mail Code 423, Riverside, CA 92521
 Telefono: 951.394.9034 Fax: 951.344.5362

Información del paciente	Nombre del paciente: _____ <small style="display: block; text-align: center;">(Apellido) (Nombre)</small> MRN: _____ <small style="display: block; text-align: center;">(Únicamente para uso en la oficina)</small> Nombre(s) anterior(es) utilizado(s): _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____ Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____
Instrucciones de entrega	Por favor envíe registros a través de: <input type="checkbox"/> MyChart <input type="checkbox"/> Correo electrónico: _____ Registros por correo: <input type="checkbox"/> En papel <input type="checkbox"/> En un disco Fax a: _____
Objetivo	Propósito de este comunicado (marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Continuidad de la atención <input type="checkbox"/> Uso personal <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Facturación <input type="checkbox"/> Otro (indique el motivo): _____ <i>(NOTA: Es posible que haya tarifas asociadas con esta solicitud. Consulte la carta de presentación para conocer las tarifas aplicables)</i>
Autorización de liberación	Autorizo a UCR Health a divulgar información de salud a: Persona/Médico/Establecimiento: _____ Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____
Información para Divulgar	Fecha(s) de tratamiento: _____ (Si no se indica ninguna fecha, se proporcionarán los últimos 2 años) <input type="checkbox"/> Nota(s) de visita/consulta(s) <input type="checkbox"/> Informe(s) de laboratorio <input type="checkbox"/> Informe(s) operativo(s) <input type="checkbox"/> Reporte de Vacunación <input type="checkbox"/> Informe(s) de patología <input type="checkbox"/> Informe(s) de procedimiento <input type="checkbox"/> Ultrasonido Tricefy (en oficina) Informe(s) de radiología <input type="checkbox"/> Tomografía computarizada <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> Radiografía <input type="checkbox"/> EKG (NOTA: no tenemos imágenes disponibles, si el servicio fue a una instalación externa) <input type="checkbox"/> Registros de Facturación <input type="checkbox"/> Otro: _____
	Autorización específica La siguiente información no se divulgará sin las iniciales del paciente/representante legal: _____ Información sobre el tratamiento de alcohol/drogas _____ Información de pruebas genéticas _____ Registros/información de tratamiento de VIH/SIDA _____ Información sobre tratamientos de salud mental (Es posible que se requiera la aprobación del médico antes de la liberación)

FACILITY USE ONLY: Requested records completed on: _____ Completed By: _____

Autorización para la divulgación de información de salud



Departamento de Registros Médicos
900 University Ave, Mail Code 423, Riverside, CA 92521
Telefono: 951.394.9034 Fax: 951.344.5362

Vencimiento	Sin mi revocación por escrito, esta autorización caducará automáticamente al satisfacer la necesidad de divulgación, pero en cualquier caso caducará a los 90 días a partir de la fecha del presente, a menos que se especifique lo contrario aquí: _____. Una vez completada esta divulgación, el documento original se devolverá al paciente o se colocará en un contenedor cerrado con llave hasta que nuestro proveedor contratado lo recoja y lo destruya.
Aviso de Derechos	<ul style="list-style-type: none">• Entiendo que esta autorización es voluntaria. El tratamiento, el pago de la inscripción o los beneficios de elegibilidad no pueden estar condicionados a la firma de esta autorización, excepto si la autorización es para: 1) realizar un tratamiento relacionado con la investigación, 2) obtener información relacionada con la elegibilidad o la inscripción en un plan de salud, 3) determinar la obligación de una entidad. para pagar un reclamo, o 4) crear información de salud para proporcionarla a un tercero. Sin embargo, en ninguna circunstancia estoy obligado a autorizar la divulgación de registros de salud mental.• Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito y enviarla a UCR Health Release of Information at 900 University Ave, Mail Code 423, Riverside, CA 92521. La revocación entrará en vigor cuando UCR Health la reciba, excepto en la medida en que UCR Health u otros ya he confiado en ello.• Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización.
Firma	Fecha de firma: _____ Fecha: _____ (paciente/tutor legal) Hora: _____ Nombre en letra de imprenta: _____ Relación de Representante Legal: _____
Aviso UCR Health y muchas otras organizaciones e individuos, como médicos, hospitales y planes de salud, están obligados por ley a mantener la confidencialidad de su información médica. Si ha autorizado la divulgación de su información de salud a alguien que no está obligado legalmente a mantenerla confidencial, es posible que ya no esté protegida por las leyes de confidencialidad estatales o federales.	