



Autorización para obtener información de proveedores externos

Departamento de Registros Médicos

900 University Ave, Mail Code 423, Riverside, CA 92521

Phone: 951.394.9034 Fax: 951.344.5362

Información del paciente	Nombre del paciente: _____ <i>(Apellido)</i> <i>(Nombre)</i> MRN: _____ <i>(Únicamente para uso en la oficina)</i>
	Nombre(s) anterior(es) utilizado(s): _____
	Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____
	Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____
Liberación de	Autorizo a UCR Health a recibir información de salud de: Persona/Médico/Establecimiento: _____ dirección: _____ Teléfono: _____ Fax: _____
	Enviar registros a: <input type="checkbox"/> Citrus Tower - Psiquiatría <input type="checkbox"/> Silver Oaks – La salud de la mujer <input type="checkbox"/> La Quinta – Pediatría <input type="checkbox"/> Hulen Place
	Enviar por correo a: 3390 University Ave., Ste115 Riverside, CA 92501 19330 Jesse Lane, Ste 100 Riverside, CA 92508 79430 Highway 111, Ste 102 La Quinta, CA 92253 2880 Hulen Place, Riverside, CA 92507
Autorización de liberación	Envíe un fax a: Fax: (951) 263-7238 Fax: (951) 263-7237 Fax: (760) 400-9971 Fax: (951) 530-4783
	<input type="checkbox"/> Citrus Tower – Multi-Especialidad 3390 University Ave., Ste 100 Riverside, CA 92501 <input type="checkbox"/> Fax: (951) 530-4782 <input type="checkbox"/> Fax: (951) 335-0058 <input type="checkbox"/> Fax: (951) 402-2803 <input type="checkbox"/> Fax: _____
Objetivo	Propósito de este comunicado: <input type="checkbox"/> Continuidad de la atención <input type="checkbox"/> Transferencia de la atención
Información para Divulgar	Fecha(s) de tratamiento: _____ (Si no se indica ninguna fecha, proporcione los últimos 2 años de la última visita al consultorio) (If no date is stated, provide last 2 years of last office visit)
	<input type="checkbox"/> Registro completo de recién nacido <input type="checkbox"/> Hospitalización completa Para incluir cualquiera/todos los siguientes: Hoja frontal, Resumen de alta, Alta del recién nacido, Registros de urgencias, Registro médico de urgencias, Consultas, Informes operativos, Informes de procedimientos, Resultados finales de laboratorio, Informe de patología, Informes de radiología, Ecocardiogramas, EKG y/o Lista final de medicamentos.
	<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
	Informe(s) de radiología <input type="checkbox"/> Solicitar imágenes en disco (Requesting imaging on disc) <input type="checkbox"/> Tomografía computarizada <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> Radiografía <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> US <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



Autorización para obtener información de proveedores externos

Departamento de Registros Médicos

900 University Ave, Mail Code 423, Riverside, CA 92521

Phone: 951.394.9034 Fax: 951.344.5362

Vencimiento	Sin mi revocación por escrito, esta autorización vencerá automáticamente al satisfacer la necesidad de divulgación, pero en cualquier caso vencerá a los 90 días a partir de la fecha del presente, a menos que se especifique lo contrario aquí: _____. Una vez completada esta divulgación, su instalación tomará el documento original y lo destruirá su proveedor contratado.
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.	