



***Hospital & Clinic staff:**

Affix patient label here. If providing records to the patient, update the Staff Use section of the form and update Quick Disclosure.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Información del paciente	Nombre del paciente		Apodo/Nombre de soltera/Otro nombre	
	Dirección/Ciudad/Estado/Código postal			
	Fecha de nacimiento	Últimos 4 dígitos del NSS	Teléfono	
	____/____/____	_____	_____	
Titular del expediente: <i>¿Quién tiene la información que quiere que divulguen?</i>	<input type="checkbox"/> UC Irvine Health <input type="checkbox"/> Otro: _____			
	Dirección/Ciudad/Estado/Código postal			
	Teléfono:	Fax (solo para Atención de paciente urgente)		
Divulgar los expedientes a: <i>¿A dónde desea que envíen los expedientes?</i> <i>¿Quién desea que reciba los expedientes?</i>	Nombre del hospital/Clínica/Persona			
	Dirección/Ciudad/Estado/Código postal			
	Teléfono:	Fax (solo para Atención de paciente urgente)		
Propósito:	<input type="checkbox"/> Atención continua - Fecha de la cita (si se conoce): ____/____/____			
	<input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Incapacidad Otro (<i>especifique</i>): _____			
Información médica a divulgar: <i>¿Qué quiere que se envíe o divulgue?</i>	Grupos de expedientes de rutina - Para las siguientes fechas en que se prestó servicio: _____			
	<input type="checkbox"/> Estadía hospitalaria (antecedentes y exámenes físicos, informes de cirugía, resumen del alta, notas de progreso, informes de laboratorio y radiología) <input type="checkbox"/> Visita clínica (notas de consultorio, notas de procedimiento, notas de cirugía, laboratorios, diagnósticos y resultados de radiología) <input type="checkbox"/> Otros expedientes - <i>Especifique el tipo:</i> _____ <input type="checkbox"/> Registros de facturación <input type="checkbox"/> Visita a la Sala de emergencias <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología (solamente) Método de entrega: (seleccione una opción) <input type="checkbox"/> Correspondencia -o- <input type="checkbox"/> Recogida o- <input type="checkbox"/> MyChart -o- <input type="checkbox"/> Correo electrónico _____** (consulte la parte inferior de la página 2 en el caso de limitación de correo electrónico)			
Información confidencial:	La información confidencial NO SE DIVULGARÁ, a menos que nos lo indique colocando sus iniciales a continuación:			
	_____ Expedientes sobre el tratamiento por abuso de drogas y alcohol _____ Expedientes sobre tratamiento de salud mental/psiquiátrico _____ Resultados de pruebas de VIH _____ Resultados de prueba genética			

***Hospital & Clinic staff:**

Affix patient label here. If providing records to the patient, update the Staff Use section of the form and update Quick Disclosure.

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR
INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Autorización	<p>Comprendo que la presente autorización es voluntaria. El tratamiento, la inscripción para el pago y la elegibilidad para los beneficios no estarán condicionados a la firma de esta autorización, a menos que la autorización sea para: 1) llevar a cabo tratamiento relacionado con una investigación, 2) obtener información en relación con la elegibilidad o la inscripción a un plan de salud, 3) determinar la obligación de una entidad de pagar un reclamo, o 4) generar información médica para proporcionar a un tercero.</p> <p>Comprendo que esta autorización se puede revocar por escrito en cualquier momento, a menos que se hayan tomado medidas respecto de esta autorización. A menos que esta autorización se revoque, vencerá 12 meses luego de la fecha en que se firme este formulario.</p>			
Firma del paciente o del representante autorizado		Nombre en letra de imprenta	Fecha	_____ A. M./P. M.
Relación (Si firma otra persona que no sea el paciente)		Si se recurrió a un intérprete: Firma o bien ID del intérprete	Idioma <input type="checkbox"/> Teléfono	Fecha <input type="checkbox"/> Video
*Staff Use		Info Released By:	On Date:	

Para proteger la información médica confidencial del paciente, debemos tener una autorización válida, completa y legible para divulgar su información médica.

Todas las secciones de esta autorización se deben completar en su totalidad antes de que se le permita a UC Irvine Health divulgar su información médica protegida.

Aviso: Se exige por ley que UC Irvine Health y muchas otras organizaciones e individuos como médicos, hospitales y planes mantengan su información médica de forma confidencial. Si ha autorizado la divulgación de su información médica a una persona que no está legalmente obligada a mantenerla confidencial, es posible que dicha información ya no esté resguardada por las leyes de confidencialidad estatales o federales.

Revocación: Se puede proporcionar una revocación/cancelación de esta autorización en cualquier momento por escrito a:
UC Irvine Health - Health Information Management - 101 The City Dr, Rt 118, Bldg 25A, Orange, CA 92868

Derechos del paciente: De conformidad con el Código de Salud y Seguridad de California (California Health and Safety Code), cualquier paciente adulto, un paciente menor autorizado por ley paradar consentimiento para su propio tratamiento o el representante legal del paciente (es decir, el padre/la madre, el tutor, el curador o el representante personal de un paciente fallecido) tienen derecho a acceder al expediente clínico. Según la Sección 123110, si el paciente o el representante solicita inspeccionar el expediente, dicha solicitud debe ser por escrito y el expediente debe ponerse a disposición durante el horario regular de atención dentro de los (5) días hábiles luego de haber recibido la solicitud. Si el paciente desea una copia de todo o parte del expediente, la solicitud para dichas copias se debe hacer por escrito y las copias se deben proporcionar dentro de los quince (15) días de haber recibido la solicitud. De conformidad con el código, los proveedores pueden recuperar hasta \$0.25 por página en concepto de costo de copias del expediente, así como el costo razonable de localizar el expediente y de ponerlo a disposición.

Tarifas relacionadas con el expediente médico: No existen cargos por los expedientes que se envían a otro proveedor de atención médica. Los registros que se divulguen directamente al paciente o a un familiar autorizado pueden estar sujetos a un cargo; las primeras 20 páginas no tienen costo y luego de la página número 20 se cobrará un cargo de \$0.25 por página.

Tarifas relacionadas con imágenes radiológicas: La primera copia no tiene cargo; se cobrarán \$25.00 por cada copia adicional, a menos que sea una copia para un proveedor.

****PARA TENER EN CUENTA:** Solo los tres (3) estudios más recientes se pueden envían de forma electrónica (por correo electrónico).