

Patient Name: _____

DOB: _____

MRN: _____

UCI Health

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

DATOS DEL PACIENTE

Favor escribir con letra de molde clara

Apellido del Paciente

Primer Nombre

Inicial, Segundo Nombre

Domicilio

Ciudad

Estado

Código Postal

____/____/_____
Fecha de Nacimiento

(____) _____ - _____
Teléfono

SELECCIONE EL CENTRO DE ATENCIÓN DE SALUD

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> UCI Health – Orange | <input type="checkbox"/> UCI Health – Fountain Valley | <input type="checkbox"/> UCI Health – Lakewood |
| <input type="checkbox"/> UCI Health – Irvine | <input type="checkbox"/> UCI Health – Los Alamitos | <input type="checkbox"/> UCI Health – Placentia Linda |
| <input type="checkbox"/> UCI Neuropsychiatric (NPH) | <input type="checkbox"/> Ambulatorio: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

Autorizo a **UCI Health** divulgar mis registros médicos a:

Nombre del Hospital/Clínica/Persona

Domicilio

Ciudad

Estado

Código Postal

(____) _____ - _____
Teléfono

(____) _____ - _____
Telefax

INFORMACIÓN A DIVULGARSE

¿Qué registros han sido solicitados?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Estado de Facturación | <input type="checkbox"/> Historial y Examen Físico | <input type="checkbox"/> Nota de Progreso |
| <input type="checkbox"/> Consulta | <input type="checkbox"/> Registro de Vacunación | <input type="checkbox"/> Imagen de Radiología |
| <input type="checkbox"/> Resumen de Alta | <input type="checkbox"/> Informe de Laboratorio | <input type="checkbox"/> TeleDoc (consulta virtual UCI de guardia) |
| <input type="checkbox"/> ECG | <input type="checkbox"/> Informe Quirúrgico | <input type="checkbox"/> Todos |
| <input type="checkbox"/> Informe de Emergencia | <input type="checkbox"/> Informe de Patología | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

ESPECIFIQUE LAS FECHAS O EL PERÍODO DE TIEMPO DE LA INFORMACIÓN SELECCIONADA

De: ____/____/_____
MM/DD/AAAA

A: ____/____/_____
MM/DD/AAAA

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

No se divulgará ninguna información confidencial a menos que se autorice específicamente a continuación:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aborto inducido o servicios relacionados con el mismo | <input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de VIH/SIDA |
| <input type="checkbox"/> Atención médica de afirmación de género | <input type="checkbox"/> Información sobre pruebas genéticas |
| <input type="checkbox"/> Resultados de abuso de drogas y alcohol | <input type="checkbox"/> Resultados psicológicos/vocacionales |

Patient Name: _____

DOB: _____

MRN: _____

UCI Health

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

INSTRUCCIONES DE ENTREGA

Favor seleccionar una

Si desea que un representante* suyo recoja sus registros médicos, favor de llenar la sección a continuación:

Autorizo a _____ recoger copias de mi registro médico.

Parentesco con el paciente: _____

*Aviso: El representante debe mostrar su identificación vigente con fotografía

CD myUCIhealth (MyChart) Copia impresa

Correo electrónico (no se divulga ninguna información confidencial por correo electrónico)

Dirección de correo electrónico: _____ @ _____

Autorizo el uso de correo electrónico cifrado para comunicarse conmigo

Autorizo el uso de correo electrónico no cifrado para comunicarse conmigo

Para entrega por correo electrónico: De conformidad con la legislación de California, su proveedor no podrá comunicar ningún resultado de laboratorio a menos que la correspondencia por correo electrónico se realice a través de un servidor seguro. Además, nunca se debe utilizar el correo electrónico para enviar los resultados de pruebas relacionadas con el VIH, enfermedades de transmisión sexual, hepatitis, abuso de drogas o presencia de malignidad, ni para cuestiones relacionadas con el abuso de alcohol o la salud mental.

UCI no se responsabiliza de los mensajes de correo electrónico que se pierdan debido a problemas técnicos durante su redacción, transmisión y/o almacenamiento.

Entiendo que UCI Health tiene un sistema de mensajes seguro para las comunicaciones con sus pacientes. Sin embargo, prefiero comunicarme con mi proveedor mediante correo electrónico. He leído y entiendo la información anterior y he recibido una respuesta a cualquier pregunta que haya tenido. Acepto las directrices anteriores para las comunicaciones por correo electrónico.

PROPÓSITO *¿Cuál es el propósito de esta divulgación?*

Solicitud del paciente/representante del paciente Otro (indique la razón): _____

Limitaciones, de haber alguna: _____

VENCIMIENTO DE LA AUTORIZACIÓN *(insertar la fecha o el evento relevante)*

Salvo que sea revocada antes, esta autorización vence: _____

La autorización vencerá 12 meses después de la fecha de firma.

MIS DERECHOS

Entiendo que esta autorización es voluntaria. El tratamiento, la inscripción para el pago, o el derecho de recibir beneficios no pueden estar condicionados a la firma de esta autorización, salvo si la autorización es para:

- Realizar tratamientos relacionados con la investigación
- Obtener información relacionada con el derecho a un plan de salud o la inscripción en el mismo
- Determinar la obligación de alguna entidad de pagar una reclamación
- Preparar información médica protegida para entrega a un tercero
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización Favor de proporcionar una copia

Patient Name: _____

DOB: _____

MRN: _____

UCI Health

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Los pacientes y sus representantes pueden solicitar los registros a través del portal de pacientes de UCI Health. Para mayor información visite myUCIhealth en: <https://my.ucihealth.org/> o llame al (833) 469-2478.

REVOCACIÓN

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, siempre que lo haga por escrito y lo envíe a:

UCI Health – Orange 101 The City Drive, Building 25A Orange, CA 92868	(714) 456-5670 Fax: (888) 522-3679
UCI Health – Fountain Valley 11170 Warner Ave, Suite 102 Fountain Valley, CA 92708	(714) 966-8027 Option 1 Fax: (714) 966-3367, (714) 966-3352
UCI Health – Los Alamitos Release of Information 3951 Katella Ave Los Alamitos, CA 90720	(562) 799-3246, (562) 799-3256 Fax: (562) 799-3225
UCI Health – Lakewood Medical Records 3700 E South St Lakewood, CA 90712	(562) 602-6790 Fax: (562) 602-6779
UCI Health – Placentia Linda Medical Records 1301 Rose Drive Placentia, CA 92870	(714) 524-4846 Fax: (714) 524-4867

La revocación entrará en vigor cuando UCI Health la reciba, salvo en la medida en que UCI Health u otras partes ya hayan dependido de ella.

AVISO

La información divulgada en virtud de esta autorización podría ser divulgada nuevamente por el destinatario. En ciertos casos, dicha segunda divulgación no está prohibida por las leyes de California y puede dejar de estar protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, la legislación de California prohíbe a la persona que reciba mi información médica divulgarla más allá de lo autorizado, a menos que obtenga otra autorización para hacerlo o que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

FIRMA(S)

Firma del Paciente/Representante Legal

Fecha

(____) -

Nombre en Letra de Molde

Teléfono

Si firma alguien que no es el paciente, indique su parentesco con el paciente: _____

Signature of Witness (only if patient is unable to sign) or Interpreter

Date

Interpreter ID #: _____

Language: _____

Patient Name: _____

DOB: _____

MRN: _____

UCI Health

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

FINALIZACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR REGISTROS MÉDICOS

A fin de proteger los registros médicos confidenciales de nuestros pacientes, debemos contar con una autorización legible, completa y válida para divulgar sus registros médicos.

Todas las secciones de esta autorización deben llenarse por completo antes de que UCI Health pueda divulgar sus registros médicos protegidos.

CONTACTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

UCI Health – Orange Release of Information Building 25A 101 The City Drive, Route 118 Orange, CA 92868	(714) 456-5670 - Press Option 5 then Option 1 Fax: (888) 522-3679
Email: roi@hs.uci.edu	TDD: (714) 456-5670 Ext: 711
UCI Health – Fountain Valley Release of Information 11170 Warner Ave, Suite 102 Fountain Valley, CA 92708	(714) 966-8027 Opción 1 Fax: (714) 966-3367, (714) 966-3352
Email: fvrroi@hs.uci.edu	
UCI Health – Los Alamitos Release of Information 3951 Katella Ave Los Alamitos, CA 90720	(562) 799-3246, (562) 799-3256 Fax: (562) 799-3225
Email: LAMCROI@hs.uci.edu	
UCI Health – Lakewood Release of Information 3700 E South St Lakewood, CA 90712	(562) 602-6790 Fax: (562) 602-6779
UCI Health – Placentia Linda Health Information Services 1301 Rose Drive Placentia, CA 92870	(714) 524-4846 Fax: (714) 961-5980
Email: upla@hs.uci.edu	

Para información sobre la obtención de registros médicos a través de myUCIhealth, vea nuestros sitio web:

<https://my.ucihealth.org/>

Para ayuda, llame al (833) 469-2478