

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

- ☐ UCI Health – Orange ☐ UCI Health – Fountain Valley ☐ UCI Health – Lakewood
☐ UCI Health – Irvine ☐ UCI Health – Los Alamitos ☐ UCI Health – Placentia Linda
☐ UCI Neuropsychiatric (NPH) ☐ Ambulatorio: _____
☐ 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?

- ☐ Estado de Facturación ☐ Historial y Examen Físico ☐ Nota de Progreso
☐ Consulta ☐ Registro de Vacunación ☐ Imagen de Radiología
☐ Resumen de Alta ☐ Informe de Laboratorio ☐ TeleDoc (consulta virtual UCI de guardia)
☐ ECG ☐ Informe Quirúrgico ☐ Todos
☐ Informe de Emergencia ☐ Informe de Patología
☐ 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:

- ☐ Aborto inducido o servicios relacionados con el mismo ☐ Resultados de pruebas de VIH/SIDA
☐ Atención médica de afirmación de género ☐ Información sobre pruebas genéticas
☐ Resultados de abuso de drogas y alcohol ☐ 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