

Información del paciente	Nombre del paciente: _____ MRN: _____ Dirección: _____ Ciudad, Estado y Código postal: _____ Teléfono _____ Fecha de nacimiento (MMDDYYYY): _____ Últimos 4# del SS: _____																		
Especifique el centro de salud	<input type="checkbox"/> Hospitales/Clínicas de UCI Health <input type="checkbox"/> Centros neuropsiquiátricos de UCI <input type="checkbox"/> Otro																		
Entregue los expedientes a <i>¿Dónde quiere que se envíen los expedientes?</i> <i>¿Quién quiere que reciba sus expedientes?</i>	Autorizo a UCI Health a que proporcione mi PHI to: _____ Nombre de Hospital/Clínica/Persona: _____ Dirección: _____ Ciudad, Estado y Código postal: _____ Teléfono:() FAX:() : _____ * Correo electrónico: _____ * Nota: Proporcione su correo electrónico para recibir un correo con el estadode su solicitud Si quiere que una persona designada** recoja sus expedientes, llene la siguiente sección: Autorizo a _____ a recoger las copias de mis expedientes médicos. Relación con el paciente: _____ **Nota: La persona designada debe proporcionar una identificación con foto válida.																		
Instrucciones de entrega <i>(seleccione una opción)</i>	<input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Correo electrónico (NPH no envía por correo electrónico) <input type="checkbox"/> Copia impresa <input type="checkbox"/> Llame al solicitante cuando los expedientes estén listos para recogerse <input type="checkbox"/> myUCIhealth (Mychart) Nota: Si se deja en blanco, se proporcionará un CD.																		
Propósito <i>¿Cuál es el propósito de esta entrega?</i>	<input type="checkbox"/> Conforme a la solicitud del paciente/representante del paciente <input type="checkbox"/> Otro (indique la razón): _____																		
Información de salud a ser entregada: <i>¿Qué expedientes se solicitan?</i>	Clase de expedientes: <table border="1" data-bbox="321 1539 1559 1816"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Estados de cuenta</td> <td><input type="checkbox"/> Informes de Emergencias (ER)</td> <td><input type="checkbox"/> Informes de Patología</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Consultas</td> <td><input type="checkbox"/> Historia y exámenes médicos</td> <td><input type="checkbox"/> Notas de progresos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tarjeta Covid de reemplazo</td> <td><input type="checkbox"/> Registro de inmunizaciones - vacunas</td> <td><input type="checkbox"/> Imágenes radiológicas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Resumen de alta</td> <td><input type="checkbox"/> Informes de laboratorio</td> <td rowspan="2"><input type="checkbox"/> TeleDoc (visita virtual de atención continua de UCI)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Electrocardiograma</td> <td><input type="checkbox"/> Informes quirúrgicos</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> Otros</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Estados de cuenta	<input type="checkbox"/> Informes de Emergencias (ER)	<input type="checkbox"/> Informes de Patología	<input type="checkbox"/> Consultas	<input type="checkbox"/> Historia y exámenes médicos	<input type="checkbox"/> Notas de progresos	<input type="checkbox"/> Tarjeta Covid de reemplazo	<input type="checkbox"/> Registro de inmunizaciones - vacunas	<input type="checkbox"/> Imágenes radiológicas	<input type="checkbox"/> Resumen de alta	<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio	<input type="checkbox"/> TeleDoc (visita virtual de atención continua de UCI)	<input type="checkbox"/> Electrocardiograma	<input type="checkbox"/> Informes quirúrgicos	<input type="checkbox"/> Otros		
<input type="checkbox"/> Estados de cuenta	<input type="checkbox"/> Informes de Emergencias (ER)	<input type="checkbox"/> Informes de Patología																	
<input type="checkbox"/> Consultas	<input type="checkbox"/> Historia y exámenes médicos	<input type="checkbox"/> Notas de progresos																	
<input type="checkbox"/> Tarjeta Covid de reemplazo	<input type="checkbox"/> Registro de inmunizaciones - vacunas	<input type="checkbox"/> Imágenes radiológicas																	
<input type="checkbox"/> Resumen de alta	<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio	<input type="checkbox"/> TeleDoc (visita virtual de atención continua de UCI)																	
<input type="checkbox"/> Electrocardiograma	<input type="checkbox"/> Informes quirúrgicos																		
<input type="checkbox"/> Otros																			

Información sensible	No se entregará información sensible salvo que se autorice específicamente a continuación:									
	<input type="checkbox"/> Resultados sobre abuso de drogas y alcohol	<input type="checkbox"/> Información sobre pruebas genéticas								
	<input type="checkbox"/> Resultados sobre VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Resultados psicológicos/vocacionales								
Especifique la fecha/período	ESPECIFIQUE LA FECHA/EL PERÍODO RESPECTO A LA INFORMACIÓN SELECCIONADA ARRIBA: DEL AL									
Expiración de la autorización	Salvo que fuera revocada, esta Autorización vence el _____ (inserte la fecha o evento aplicable). Si no se ha indicado la fecha, esta Autorización vencerá 12 meses después de la fecha en que se firmó.									
Firma(s)	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%; border-bottom: 1px solid black;">(Firma del paciente/representante legal)</td> <td style="width: 40%; border-bottom: 1px solid black;">Fecha</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Nombre en letra de imprenta</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Código de área/Número de teléfono</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Si firma una persona que no es el paciente, indique la relación con el paciente _____</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Firma del testigo (solo si el paciente no puede firmar) o del intérprete</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Fecha ID del intérprete # _____</td> </tr> </table>		(Firma del paciente/representante legal)	Fecha	Nombre en letra de imprenta	Código de área/Número de teléfono	Si firma una persona que no es el paciente, indique la relación con el paciente _____		Firma del testigo (solo si el paciente no puede firmar) o del intérprete	Fecha ID del intérprete # _____
(Firma del paciente/representante legal)	Fecha									
Nombre en letra de imprenta	Código de área/Número de teléfono									
Si firma una persona que no es el paciente, indique la relación con el paciente _____										
Firma del testigo (solo si el paciente no puede firmar) o del intérprete	Fecha ID del intérprete # _____									

Direcciones de correo	
UCI Health - Revelación de información 101 The City Drive, Building 25A Route 118 Orange, CA 92868 Fax: (888) 522-3679 Teléfono: (714) 456-5670 Presione Opción 5, después Opción 1 Correo electrónico: roi@hs.uci.edu	Solicite los expedientes médicos mediante myUCIhealth. Visite nuestro sitio web para solicitar información: https://www.my.ucihealth.org Teléfono para solicitar asistencia: 833-469-2478

UCI Health

**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR
INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**
**AUTHORIZATION FOR RELEASE
OF HEALTH INFORMATION**

RESPECTO A LA AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

A fin de proteger la información médica confidencial de nuestros pacientes, para revelar información sobre su salud debemos tener una autorización válida, completa y legible.

Todas las secciones de esta autorización deben ser completadas totalmente antes de que a UCI Health se le permita revelar la información protegida de su salud.

Aviso

UCI Health y muchas otras organizaciones y personas, como, por ejemplo, médicos, hospitales y planes de salud están obligados por ley a mantener la confidencialidad de la información sobre su salud. Si usted ha autorizado la revelación de la información sobre su salud a alguien que no esté legalmente obligado a mantenerla confidencial, la misma podría ya no estar protegida por las leyes estatales o federales sobre confidencialidad.

Revocación

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

UCI Health
101 The City Drive. Building 25A
Orange, CA 92868
Fax: (888) 522-3679 | Teléfono: (714) 456-5670

La revocación entrará en vigor cuando UCI Health la reciba, salvo en la medida en que UCI Health u otros ya la hubiera admitido.

Mis derechos

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

- 1) Llevar a cabo tratamiento relacionado con investigaciones.
- 2) Obtener información relacionada con elegibilidad o inscripción en un plan de salud.
- 3) Determinar la obligación de una entidad para pagar un reclamo.
- 4) Crear PHI para ser proporcionado a un tercero.

Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización.

La solicitud de expedientes mediante el uso del portal para pacientes de UCI Health está a disposición de los pacientes y sus representantes. Visite myUCIhealth en: <https://www.my.ucihealth.org> o llame al (833) 469-2478 para solicitar información adicional.