

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

N.º 1 <i>Información del paciente</i>	Información del paciente: Nombre legal del paciente: _____ Fecha de nacimiento _____ Dirección (calle): _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____ Teléfono: _____ N.º de Seguro Social (4 últimos dígitos): _____
N.º 2: <i>Lugar donde recibió tratamiento</i>	Por la presente, autorizo el uso o la divulgación de mi información médica de la siguiente manera: Solicitud de expedientes médicos de (nombre del médico/clínica/hospital): _____ Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____
N.º 3: <i>¿A dónde y a quién desea que se envíen sus expedientes?</i>	Divulgación de expedientes a (nombre de la persona/médico/hospital): _____ Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____
N.º 4 <i>Motivo de la solicitud de expedientes</i>	Solicitud de expedientes para: ☐ Uso personal ☐ Continuación de la atención médica ☐ Otros _____
N.º 5 <i>Seleccione la(s) fecha(s) de tratamiento y el(los) expediente(s) que necesita</i> <i>**Entre la información pertinente se incluyen: notas y resultados de pruebas**</i>	Seleccione las opciones siguientes: Fechas del tratamiento solicitado: _____ ☐ Historia clínica y exploración física ☐ Informes de consulta ☐ Informes de cirugía/procedimientos ☐ Resumen de alta ☐ ECG ☐ Otros: _____ ☐ Notas de la consulta/visita ☐ Informes radiológicos ☐ Resultados de laboratorio y anatomía patológica ☐ Registros de facturación ☐ Expedientes pertinentes** ☐ Expedientes completos
N.º 6 <i>Si necesita estudios de diagnóstico por imágenes, seleccione el tipo</i>	Estudios de diagnóstico por imágenes: ☐ Radiología ☐ Mamografía ☐ Cardiología ☐ Electroencefalograma ☐ Otros _____
N.º 7 <i>Autorización específica para información médica confidencial</i>	***Autorización específica para divulgar expedientes confidenciales* Entiendo que este consentimiento incluye la divulgación de: ☐ Resultados de las pruebas de VIH ☐ Pruebas genéticas ☐ Notas de psicoterapia ☐ Notas sobre el tratamiento en programas de abuso de alcohol o drogas Firma del paciente o de su representante _____ Parentesco (si no es un paciente) _____

N.º 8: Preferencias de entrega	Se solicita que se divulguen los expedientes en: ☐ MyChart ☐ CD ☐ USB ☐ Papel Entrega por: ☐ Correo electrónico ☐ Fax ☐ Correo postal Tenga en cuenta el costo de tramitación de los documentos expedidos para uso personal: 0,25 dólares por página para las copias en papel. 6,50 \$ por CD/USB.
N.º 9: ¿Fecha de caducidad o hasta cuándo es válida esta autorización?	Salvo que se revoque o se indique aquí una fecha de caducidad alternativa, _____ esta autorización tiene una validez de noventa días (90). Iniciales: _____

****Tenga en cuenta que los formularios incompletos pueden provocar retrasos en la tramitación****

Derechos individuales:

- Puedo negarme a firmar esta autorización.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación deberá constar por escrito, estar firmada por mí o en mi nombre y deberá entregarse al Departamento de Expedientes Médicos (Medical Records Department) de la entidad de MemorialCare correspondiente que se indica a continuación:

MemorialCare Health Services: Long Beach Medical Center – Miller Children’s & Women’s Hospital – Community Hospital Long Beach – Orange Coast Medical Center – Saddleback Medical Center

(657) 241-7001 – Fax (657) 276-4774 – MHSIMMedicalRecords@memorialcare.org

MemorialCare Medical Group

(714) 665-1647 – Fax (714) 665-4681 – MedicalRecords@memorialcare.org

- Mi revocación surtirá efecto en cuanto se reciba, pero no tendrá validez en la medida en que el solicitante u otras personas hayan actuado basándose en esta autorización.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Tengo derecho a consultar u obtener una copia de la información médica que se me pide que utilice o divulgue.
- Ni el tratamiento, ni el pago, ni la afiliación, ni el derecho a percibir prestaciones estarán condicionados a que yo firme esta autorización.

 Firma del paciente o de su representante

 Fecha

 Hora

 (Parentesco, en caso de que lo firme otra persona que no sea el paciente)

 Nombre del testigo (en letra de imprenta)

(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 se vuelva a divulgar y que deje de estar protegida.

La ley de California prohíbe a los destinatarios de su información médica volver a divulgarla, salvo que cuenten con su autorización por escrito o que la ley específicamente lo exija o lo permita.)