



AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CLÍNICA PROTEGIDA

- Long Beach Medical Center
- Miller Children's & Women's Hospital Long Beach
- Community Medical Center
- Orange Coast Medical Center
- Saddleback Medical Center

1. Por medio de la siguiente, yo autorizo al MemorialCare y/o su(s) entidad(es) el uso o divulgación de mi información clínica como se especifica a continuación:

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Domicilio (Calle, Ciudad/Estado, Código postal): _____

Teléfono: _____ **Seguro Social (últimos 4 dígitos):** _____

Fecha(s) de atención: _____

Historial clínico completo Historial clínico pertinente (informes dictados/resultados de exámenes)

[O los expedientes indicados a continuación:]

Historial y exámenes físicos Informes de consulta Notas del progreso Resumen de egreso

Informes de laboratorio/patología ECG's Cintas/resultados de Ecocardiogramas

Informes de radiología Películas de radiología Informes quirúrgicos _____

Registros de facturación Fotografías, videos, o imágenes digitales o de otro tipo

Perfil de salud personal (Favor de incluir nombre del empleador) _____

Otros: _____

2. ***Autorización específica para la divulgación de registros de carácter delicado***

Entiendo que este consentimiento es para incluir la divulgación de: VIH/SIDA Registros psiquiátricos

Registros de abuso de alcohol y/o drogas Información de enfermedades transmitidas sexualmente

Paciente/Representante del paciente: _____ **Parentesco (si no es el paciente):** _____

3. Propósito del uso o divulgación solicitada (la información se usará para):

Uso de parte del paciente/representante Otro (favor de especificar) _____

Limitaciones, si las hay _____

4. Favor de extender los registros en: Disco compacto Papel

5. Solicito que los registros, previamente identificados, se entreguen de la siguiente manera:

Enviar por correo al domicilio anteriormente mencionado Yo los recogeré

Número de fax/Destinatario: _____

Un representante los recogerá en mi nombre (nombre del representante): _____

Enviar información por correo a: Clínica Consultorio médico Hospital Abogado Otro

Nombre/Domicilio/Teléfono: _____

6. A menos que ésta se revoque, o se incluya una fecha de caducidad alterna aquí, _____

esta autorización es válida por noventa (90) días. Iniciales: _____

