

**Para solicitar una copia de sus expedientes médicos:**

Complete el formulario adjunto “**Autorización para el uso o la revelación de información médica protegida**”.

**Sección 1** se le pide información demográfica. Introduzca la siguiente información: nombre, dirección, teléfono, fecha de nacimiento, últimos 4 dígitos del número de seguridad social, fecha(s) del servicio.

**Sección 2** escriba el nombre del proveedor o grupo médico al que autoriza a revelar su información de salud; por favor, incluya un número de fax.

En esta sección se le pregunta, “¿Qué parte del expediente médico necesita?” El expediente médico completo contiene todas las entradas a nuestro sistema electrónico y puede haber mucha más información de la que necesita. Si desea información más específica o limitada, elija los temas apropiados [O los expedientes marcados más abajo:], es decir, informes de consultas, informes de laboratorio o patología, informes de radiología, etc. **Incluya el período a revelar.**

**Sección 3** solo debe completarse si solicita expedientes que están detallados en esta sección. Si solicita estos expedientes, elija el tema apropiado e **incluya su firma donde se indica. Si no está** solicitando los expedientes detallados en esta sección, no necesita completar esta parte del formulario.

**Sección 4** se le pregunta si quiere las copias en un CD o impresas en papel. Costo del procesamiento: En el caso de las copias de papel, se le cobrarán \$0.25 por página y los gastos de envío. Si desea recibir la información en un “CD” se le cobrará una tarifa de \$5.00. No se cobrará cuando los expedientes médicos que se revelan desde MemorialCare Medical Group sean para un proveedor de atención médica. Si tiene preguntas relacionadas con el costo de la obtención de sus expedientes, llame al (714) 665-1647.

**Sección 5** le pregunta “¿Cómo quiere que se le entregue lo que ha pedido?” Tenga en cuenta que, para poder procesar su solicitud, en su formulario de autorización debe incluir una identificación válida con fotografía y firma.

Si quiere que otra persona recoja sus expedientes en su nombre, incluya el nombre de su representante en el espacio destinado a tal fin. **Informe a su representante que, para que le entreguen sus expedientes, debe presentar una identificación válida con fotografía que se corresponda con el nombre que figura en esta sección.**

Si desea que se le envíe la información por fax, proporcione el número de fax.

**Sección 6** se le pregunta para qué va a usar la información revelada (p. ej., otros tratamientos médicos, uso personal, para un abogado, etc.)

**Sección 7** se le pregunta “¿Por cuánto tiempo es válida esta autorización?” Si no menciona una fecha específica en el espacio destinado a tal fin, la autorización tendrá una validez de 90 días a partir de la fecha de su firma. **Esta sección requiere que ponga sus iniciales en el espacio provisto.**

**Sección 8** se describen sus *derechos* en lo que respecta a este formulario de autorización.

**Firma/fecha/hora:** Para procesar su solicitud, se debe completar esta sección.

Entregue el formulario de autorización completo en persona o envíelo por fax o por correo a la siguiente dirección. Tenga en cuenta que si la autorización no está completa, se producirán demoras en el proceso.

**MemorialCare Medical Group**  
**Attention: Medical Correspondence**  
2742 Dow Ave.  
Tustin, CA 92780  
Teléfono: (714) 665-1647  
Fax: (714) 665-1644  
Horario: 8:00 A. M. a 4:00 P. M.

## AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

1. Información del paciente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección (Calle, Ciudad/Estado, Código postal): \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ SSN (últimos 4 dígitos): \_\_\_\_\_

2. Por la presente autorizo el uso o la revelación de mi información médica como sigue:

Expedientes revelados DE	Expedientes revelados A
Nombre del médico/Centro	Nombre del la persona/Médico/Centro
Dirección	Dirección
Ciudad Estado Código postal	Ciudad Estado Código postal
Teléfono: _____ Fax: _____	Teléfono: _____ Fax: _____

Por favor, envíe los siguientes expedientes para este período de tiempo: \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

- Expediente médico correspondiente (informes dictados/resultados de pruebas)
- Expediente médico completo (de los últimos dos años según la política de MCMG, a menos que se indique otra cosa).

[ los expedientes médicos individuales marcados a continuación:]

- Informes de consultas
- Informes de laboratorio/patología
- Informes de radiología
- Registros de facturación
- Perfil de salud personal (Incluya el nombre del empleador)
- Otro: \_\_\_\_\_
- Notas del consultorio
- ECG
- Radiografías
- Fotografías, videos o imágenes digitales o de otro tipo

3. **\*Autorización específica para revelar expedientes confidenciales\***

Comprendo que este consentimiento es para incluir la revelación de:  Resultados de la prueba de VIH

Notas de terapia psiquiátrica  Notas de tratamiento del programa de abuso de alcohol o drogas

Paciente/representante del paciente: \_\_\_\_\_ Relación (si no es el paciente): \_\_\_\_\_

4. Por favor, emita los expedientes en:  CD  Papel

5. Solicito que los expedientes identificados más arriba se entreguen de la siguiente manera:

Por correo a la dirección indicada más arriba  Yo los retiraré

Número de fax/A la atención de: \_\_\_\_\_

Un *representante* los retirará en mi nombre (indique el nombre del *representante*): \_\_\_\_\_

Enviar la información por correo a:  Clínica  Consultorio del Dr.  Hospital  Abogado  Otro

6. Propósito del uso o revelación solicitado (la información será utilizada para):

Uso del paciente/representante  Otro (especifique)

Limitaciones, si las hubiera

7. A menos que se revoque de otra forma, o se de una fecha de vencimiento distinta a esta, \_\_\_\_\_ esta autorización tiene una validez de noventa (90) días. Iniciales: \_\_\_\_\_

8. Derechos individuales:

- a. Puedo negarme a firmar esta autorización;
- b. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito, debe estar firmada por mí o en mi nombre y debe ser entregada al Departamento de expedientes médicos de la entidad de MemorialCare correspondiente que se identifica a continuación:

<b>MemorialCare Medical Group</b> 2742 Dow Avenue, Tustin, CA 92780; (714) 665-1647
--

- c. Mi revocación será efectiva desde el momento que se reciba, pero no será efectiva en la medida que el Solicitante u otros hayan actuado en virtud de esta autorización;
- d. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- e. Puedo revisar u obtener una copia de la información médica que se me pide usar o revelar;
- f. Ningún tratamiento, pago, inscripción ni elegibilidad para beneficios estará condicionado por la firma de esta autorización.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/representante del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

\_\_\_\_\_  
(Relación, si firma alguien que no sea el paciente)

\_\_\_\_\_  
Nombre del testigo (en letra de imprenta)

*(Si ha autorizado la revelación de su información médica a alguien que no tiene obligación legal de mantenerla confidencial, esta podría volver a ser revelada y dejaría de estar protegida. Las leyes de California prohíben a quienes reciben su información médica que vuelvan a revelar dicha información salvo que sea con su autorización por escrito o así lo requiera o permita la ley específicamente).*