

AUTORIZACIÓN PARA USAR O REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

1. Información del paciente

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

Dirección (calle, ciudad/estado, código postal): _____

Teléfono: _____ **Número de seguro social (últimos 4 dígitos):** _____

2. Por la presente autorizo a usar o revelar mi información médica de la siguiente manera:

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

Envíe los siguientes expedientes de este período: _____ a _____

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Historia y Física | ☐ Resumen del Alta | ☐ Informe Operativo |
| ☐ Informes de consulta | | ☐ Notas del consultorio |
| ☐ Informes de laboratorio/patología | | ☐ Electrocardiogramas |
| ☐ Informes de radiología | | ☐ Imágenes de radiología |
| ☐ Registros de facturación | | |
| ☐ Otras Imágenes; Especifique a Continuación | | |
| ☐ Expediente médico completo | | |
| ☐ Otro: _____ | | |

3. *Autorización específica para revelar expedientes confidenciales*

Entiendo que este consentimiento incluye la revelación de: ☐ Resultados de pruebas de VIH
☐ Pruebas genéticas ☐ Notas de la terapia psiquiátrica ☐ Notas del tratamiento del programa de consumo de alcohol o drogas

Paciente/representante del paciente: _____ **Relación (si no es el paciente):** _____

4. Envíe los expedientes por: ☐ CD ☐ USB ☐ Papel

☐ MyChart ☐ Correo electrónico _____

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

☐ Por correo a la dirección indicada arriba ☐ Número de fax/Attn: _____

☐ Otro: _____

6. Objetivo del uso o revelación solicitada (la información se usará para):

☐ Uso del paciente/representante u otro (especifique) _____

Limitaciones, si las hubiera _____

7. A menos que se revoque o se indique aquí una fecha de vencimiento alternativa, _____ esta autorización es válida durante noventa días (90). Iniciales: _____

8. Derechos individuales:

- a. Puedo negarme a firmar esta autorización.
- b. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. La anulación debe ser por escrito, con mi firma o en mi nombre y debe enviarse al Departamento de Expedientes Médicos de la entidad de MemorialCare correspondiente identificada abajo:

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 • MSHIMMedicalRecords@memorialcare.org
--

MemorialCare Medical Group (714) 665-1647 • fax (714) 665-4681 • MedicalRecords@memorialcare.org
--

- c. La anulación entrará en vigor cuando la reciba, pero no tendrá validez si el solicitante u otras personas hubieran actuado basándose en esta autorización.
- d. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- e. Puedo obtener una copia de la información médica que se me pide que use o revele.
- f. La firma de esta autorización no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción ni la elegibilidad para recibir beneficios.

Firma del paciente/representante del paciente

Fecha

Hora

(Relación si la firma no es del paciente)

Nombre del testigo (en letra de molde)

(Si ha autorizado la revelación de su información médica a una persona que no está obligada legalmente a mantenerla confidencial, es posible que se vuelva a revelar y deje de estar protegida. La ley de California prohíbe a los receptores de su información médica volver a revelar dicha información, excepto con su autorización por escrito o según lo requiera o permita específicamente la ley).

PARA USO EXCLUSIVO DEL CENTRO:

- ☐ Identificación del paciente verificada/copiada
- ☐ Identificación del representante verificada/copiada
- ☐ Firma del paciente validada con _____.
- ☐ Nos comunicamos con el paciente para que aprobara la revelación de expedientes al representante
- ☐ Recibimos una copia del poder duradero/directivas anticipadas/certificado de defunción