

Patient Name: _____

DOB: _____

MRN: _____

UCI Health

**AUTHORIZATION FOR RELEASE
OF MEDICAL RECORDS**

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN
DE REGISTROS MÉDICOS**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE *Por Favor Imprime Claramente*

Apellido del Paciente _____ El Primer Nombre _____ Inicial del Segundo Nombre _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

_____/_____/_____ (_____) _____ - _____

Fecha de Nacimiento _____ Teléfono _____

SELECCIONAR CENTRO DE SALUD

Hospitales/Clínicas de UCI Health

Centros Neuropsiquiátricos de UCI (NPH)

Otro: _____

Autorizo a **UCI Health** a divulgar mis registros médicos a:

Nombre de Hospital/Clínica/Persona _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

(_____) _____ - _____ (_____) _____ - _____

Teléfono _____

Fax _____

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 *Seleccione una opción*

CD

myUCIhealth (MyChart)

Copia impresa

Correo electrónico (la información confidencial no se divulga por correo electrónico)

Correo electrónico _____@_____

Autorizo el uso de correo electrónico cifrado para comunicarse conmigo

Autorizo el uso de correo electrónico no cifrado para comunicarse conmigo

Para entrega por correo electrónico: De acuerdo con la ley de California, su proveedor no puede comunicar ningún resultado de laboratorio a menos que su correspondencia per correo electrónico se realice a través de un servidor seguro. Además, el correo electrónico nunca debe usarse para obtener resultados de pruebas relacionadas con el VIH, enfermedades de transmisión sexual, hepatitis, abuso de drogas o presencia de enfermedades malignas, o para abuso de alcohol o problemas de salud mental.

UC Irvine Health no es responsable de los mensajes de correo electrónico que se pierdan debido a fallas técnicas durante la composición, transmisión y/o almacenamiento.

Patient Name: _____

DOB: _____

MRN: _____

UCI Health

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Entiendo que UC Irvine Health tiene un sistema de mensajería seguro para comunicarse con los pacientes. Sin embargo, me gustaría comunicarme con mi proveedor por correo electrónico. He leído y entiendo la información anterior y todas mis preguntas fueron respondidas satisfactoriamente. Acepto las pautas anteriores para la comunicación por correo electrónico.

PROPÓSITO ¿Cuál es el propósito de esta entrega?

Solicitud del paciente/representante del paciente

Otro (indique la razón): _____

Limitación, si alguna: _____

INFORMACIÓN DE SALUD A SER ENTREGADA ¿Qué expedientes se solicitan?

Estado de cuenta

Informe de Emergencia

Informe de Patología

Consulta

Historia y Física

Notas de progreso

Tarjeta Covid

Registro de inmunizaciones

Imágenes de radiología

Resumen de Alta

Informe de Laboratorio

TeleDoc (visita virtual de guardia de la UCI)

Electrocardiograma

Informe Quirúrgico

Todo

Otros: _____

ESPECIFICAR FECHA O PERÍODO DE TIEMPO PARA LA INFORMACIÓN SELECCIONADA

Del: ____/____/____
MM/DD/AAAA

Al: ____/____/____
MM/DD/AAAA

INFORMACIÓN SENSIBLE

La información confidencial no se divulgará a menos que se autorice específicamente a continuación:

Aborto o servicios relacionados con el aborto

Resultados sobre abuso de drogas y alcohol

Información sobre pruebas genéticas

Resultados sobre VIH/SIDA

Resultados psicológicos/vocacionales

EXPIRACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN (inserte la fecha o evento aplicable)

Salvo que fuera revocada, esta autorización vence el: _____

Esta autorización vencerá 12 meses después de la fecha en que se firmó.

FIRMA(S)

Firma del Paciente/Representante Legal

Fecha

Nombre en Letra de Imprenta

(____) _____

Teléfono

Si firma una persona que no es el paciente, indique la relación con el paciente: _____

Signature of Witness (only if patient is unable to sign) or Interpreter

Date

Interpreter ID #: _____ Language: _____

Patient Name: _____

DOB: _____

MRN: _____

UCI Health

**AUTHORIZATION FOR RELEASE
OF MEDICAL RECORDS**

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN
DE REGISTROS MÉDICOS**

CONTACTO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

UCI Health

Release of Information

101 The City Drive, Building 25A

Route 118

Orange, CA 92868 (714) 456-5670 - Presione Opción 5 después Opción 1 Fax: (888) 522-3679

Correo electrónico: roi@hs.uci.edu

TDD: (714) 456-5670 Ext: 711

Para obtener información para obtener registro médicos a través de myUCIhealth visite nuestro sitio web: <https://my.ucihealth.org/> Para asistencia, llame (833) 469-2478

COMPLETAR LA AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR REGISTROS MÉDICOS

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

El destinatario de la información divulgada en virtud de esta autorización puede volver a divulgarla. Dicha nueva divulgación en algunos casos no es prohibido por la ley del Estado de California, y puede no estar protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, la ley de California prohíbe que la persona que recibe la información sobre mi salud la revele, a menos que yo autorice dicha revelación o que ésta sea requerida por la ley o permitida por ésta.

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

(714) 456-5670 | Fax: (888) 522-3679

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 autorización es para:

- Llevar a cabo tratamiento relacionado con investigaciones
- Obtener información relacionada con elegibilidad o inscripción en un plan de salud
- Determinar la obligación de una entidad para pagar un reclamo
- Crear información de salud protegida para proporcionarla 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://my.ucihealth.org/> o llame al (833) 469-2478 para solicitar información adicional.