

AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION MÉDICA

Escriba en letra de imprenta ♦ Esta autorización, puede perder su validez si no proporciona toda la *información solicitada*.

PARA QUIEN: Especifique Clínica, hospital o Medico abajo mencionado

- Centro Medico de la Universidad de Loma Linda- Murrieta
 Especificar _____

A QUIEN CORRESPONDA: Individual/ Nombre de la Agencia

- Envié expediente médico a: _____

Dirección Ciudad Estado Zona Postal

- Tenga historia médica disponible para revisarla. Solicitar cita antes de venir.

INFORMACION A REVELAR:

Especifique donde fueron los servicios prestados? _____

- Paciente Interno** Fecha de Tratamiento _____
 Resumen de egreso/Historia clínica
 Otro, especifique _____

- Paciente Externo** Fecha de Tratamiento _____
 Notas clínicas Resultados de pruebas y tipo _____
 Otro, especifique _____

- Autorizo específicamente revelar:** Resultados de la prueba VIH
 Notas de Abuso de Substancias Notas de psiquiatría

- Resumen de Facturación Fecha de Tratamiento _____

RAZON por la cual deben revelarse los expedientes médicos:

- Atención continua Uso personal Otro, especifique _____

A menos que sea revocada, esta autorización se vencerá en la fecha evento o condición _____

Esta autorización permanecerá vigente hasta que se complete la revelación descrita arriba mencionada pero no deberá extenderse más allá de 180 días a partir de la fecha de la firma. La firma de este documento es voluntario. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización, derecho de revisar u obtener una copia del material a ser revelado. **Lea al reverso los detalles y mis derechos.** He leído ambas páginas en este formulario y voluntariamente autorizo y solicito la revelación de mi expediente médico. Autorizo el uso de una copia (incluyendo fax) esta forma para la revelación descrita anteriormente.

Nombre del paciente:
(Apellido, Nombre, Inicial) _____ No. Social Security _____

Fecha de Nacimiento: _____ No. Telefónico _____

Firma del Paciente _____ Fecha/Hora _____

Firma del Representante Legal _____ Relación con el Paciente _____



AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION MEDICA

Importante Información acerca de mis derechos

VOLUNTARIO: Entiendo que al autorizar la revelación de información identificada al reverso es voluntario.

DERECHO A CANCELAR: Entiendo que tengo el derecho de cancelar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si cancelo esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar mi cancelación por escrito al Departamento de Administración de Información Médica. La cancelación tendrá vigencia al recibirse. Entiendo que la cancelación no se aplicara a la información que ya ha sido entregada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la cancelación no se aplicará a mi compañía de seguro cuando la ley ofrezca a mi compañía de seguros el derecho de refutar una reclamación de acuerdo con mi póliza.

DERECHO DE REVISAR: Entiendo que puedo revisar u obtener una copia de la información a ser utilizada o revelada, según se estipula en el CFR164.524 y que tengo el derecho a una copia de este formulario.

NUEVA REVELACION: Entiendo que cualquier revelación de información lleva consigo la posibilidad de una nueva revelación no autorizada y la información tal vez no este protegida por las reglas de confidencialidad federal.

PREGUNTAS: Si tengo alguna pregunta acerca de la revelación de mi información médica, puedo comunicarme con el Departamento de Administración de Información Médica.

HONORARIOS: Acceso de los pacientes (AB610) se cobra \$0.25 per página, más gastos de envió, Todos los cobros con excepción del Departamento Seguro de Incapacidad (SDI) deberán ser colectados antes de la revelación médica.