



Para pedir una copia de sus expedientes médicos:

Complete el formulario adjunto "**Autorización para usar y revelar información médica protegida**".

En la sección 1 se le pide su información demográfica. Escriba lo siguiente: nombre, dirección, teléfono, fecha de nacimiento, últimos 4 dígitos del número de seguro social.

Sección 2 Escriba el nombre del proveedor o grupo médico al que autoriza a revelar su información médica e incluya el número de fax.

En esta sección se le pregunta: "¿Qué parte del expediente médico necesito?" El expediente médico completo incluye todas las entradas en nuestro sistema electrónico y puede haber mucha más información de la que necesita. Si quiere información más específica o limitada, elija los artículos adecuados en [**O** en los expedientes que se marcan abajo:], es decir informes de consulta, de laboratorio/patología, de radiología, etc. **Incluya el período que quiera revelar.**

Debe completar la sección 3 si pide los expedientes que se indican en esta sección. Si pide estos expedientes, elija el artículo correspondiente e incluya su firma donde se indica. **Si no** pide los expedientes que se indican en esta sección, no es necesario que complete esta parte del formulario.

En la sección 4 se le pregunta si quiere copias en un CD, USB o papel. Costo del procesamiento: Para las copias en papel se aplicará una tarifa de \$0.25 por página y las tarifas de envío correspondientes. Si quiere su información en un CD o USB, se aplicará una tarifa de \$5.00. No se aplicarán tarifas cuando los expedientes médicos se revelen desde MemorialCare a un proveedor médico. Si tiene preguntas sobre el costo para obtener sus expedientes, comuníquese con los lugares adecuados que se indican abajo.

En la sección 5 se le pregunta: "¿Cómo quiere que se procese su solicitud?". Tenga en cuenta que para procesar su solicitud, debe incluir una identificación válida con foto y firma, junto con su formulario de autorización.

Si quiere que alguien retire los expedientes en su nombre, incluya el nombre de su *representante* en el espacio provisto. **Indique a su representante que debe presentar una identificación válida con foto que coincida con el nombre que se indica en esta sección para obtener sus expedientes.**

Si quiere que la información se envíe por fax, indique el número de fax.

En la sección 6 se le pregunta el objetivo de la solicitud de uso o revelación (tratamiento médico adicional, uso personal, abogado, etc.)

En la sección 7 se busca saber: "¿Por cuánto tiempo es válida esta autorización?" Si no indica una fecha específica en el espacio provisto, la autorización será válida por un período de 90 días a partir de la fecha de su firma. **En esta sección debe escribir sus iniciales en el espacio provisto.**

La sección 8 describe sus derechos individuales en relación con este formulario de autorización.

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

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

Long Beach Medical Center/Miller Children's & Women's Hospital/Community Hospital Long Beach 2801 Atlantic Avenue, Long Beach, CA 90806 • (562) 933-2000 • fax (562) 933-1185
Orange Coast Medical Center 9920 Talbert Avenue, Fountain Valley, CA 92708 • (714) 378-7000 • fax (714) 378-7494
Saddleback Medical Center 24451 Health Center Drive, Laguna Hills, CA 92653 • (949) 837-4500 • fax (949) 837-4621
MemorialCare Medical Group 17360 Brookhurst Street, Fountain Valley, CA 92708 • (714) 665-1647 • fax (714) 665-4681



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

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 _____

- Expediente médico pertinente (informes dictados/resultados de pruebas)
- Expediente médico completo

[los expedientes individuales que se indican abajo:]

- Informes de consulta
- Informes de laboratorio/patología
- Informes de radiología
- Registros de facturación
- Perfil médico personal (incluya el nombre del empleador)
- Otro: _____
- Notas del consultorio
- Electrocardiogramas
- Películas de radiología
- Fotos, cintas de video, imágenes digitales o de otro tipo

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 Yo los recogeré Número de fax/Attn: _____
 Un representante los recogerá en mi nombre (indique el nombre del representante): _____
 Envíe la información por correo a: Clínica Consultorio del médico Hospital
 Abogado 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:

Long Beach Medical Center/Miller Children's & Women's Hospital/Community Hospital Long Beach 2801 Atlantic Avenue, Long Beach, CA 90806 • (562) 933-2000 • fax (562) 933-1185
Orange Coast Medical Center 9920 Talbert Avenue, Fountain Valley, CA 92708 • (714) 378-7000 • fax (714) 378-7494
Saddleback Medical Center 24451 Health Center Drive, Laguna Hills, CA 92653 • (949) 837-4500 • fax (949) 837-4621
MemorialCare Medical Group 17360 Brookhurst Street, Fountain Valley, CA 92708 • (714) 665-1647 • fax (714) 665-4681

- 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