

Información del paciente	Nombre del paciente: _____ Fecha de Nac: _____ Otro(s) nombre(s) usados anteriormente: _____ Teléfono #: _____ Número de reg. médico: _____ 4 últimos dígitos del Seguro Social: _____ Dirección: _____	
Divulgar a:	<i>Autorizo a Riverside University Health System divulgar información médica a:</i> Persona/Institución: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Fax: _____	Recibir de:
Ubicación del centro	<i>Especifique los registros de cuál Institución de Salud usted solicita que se divulguen:</i> <input type="checkbox"/> Riverside University Health System – Centro Médico: 26520 Cactus Ave, Moreno Valley, CA 92555 <input type="checkbox"/> Riverside University Health System – Salud Mental Arlington: 9990 County Farm Rd, Riverside, CA 92503 <input type="checkbox"/> RUHS – Centro Médico Quirúrgico: 26600 Cactus Ave, Moreno Valley, CA 92555 <input type="checkbox"/> RUHS Centro de Salud Comunitario (Especifique la clínica): _____	
Propósito	<i>Propósito de esta autorización (Marque todo lo que corresponda):</i> <input type="checkbox"/> Uso personal <input type="checkbox"/> Continuidad de la atención <input type="checkbox"/> Facturación <input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/> Seguro médico <input type="checkbox"/> Asuntos legales <input type="checkbox"/> Otro (especifique el motivo): _____	
Información a Divulgar	<i>Fecha(s) de servicio de:</i> _____ a _____ <input type="checkbox"/> Información de facturación <input type="checkbox"/> Listado de medicamentos <input type="checkbox"/> Informes de consultas <input type="checkbox"/> Informes de cirugías <input type="checkbox"/> Resúmenes de Altas <input type="checkbox"/> Informes de patología <input type="checkbox"/> Registros de la Sala de Emergencia <input type="checkbox"/> Notas sobre progreso <input type="checkbox"/> Historial y físico <input type="checkbox"/> Informes de radiología <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Historial de visitas <input type="checkbox"/> Expediente completo <input type="checkbox"/> Otro: _____ _____	<div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px;">Autorizaciones Específicas</div> <p><i>La siguiente información no se divulgará sin las iniciales del paciente:</i></p> _____ Información sobre tratamiento de Alcohol/Drogas. _____ información sobre exámenes genéticos. _____ Información sobre registros/tratamiento de VIH/SIDA _____ Información sobre tratamiento de salud mental. (Puede requerirse la aprobación del médico antes de la divulgación)

Entregar	<p>Por favor entregar los registros médicos vía:</p> <p><input type="checkbox"/> MyChart <input type="checkbox"/> Por correo <input type="checkbox"/> Recoger en persona: (Papel) o (Electrónicamente: CD/memoria USB)</p> <p><input type="checkbox"/> Fax a: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____</p>
	<p><i>Es posible que haya cargos asociados con esta solicitud. Algunos registros no están disponibles a través de MyChart.</i></p>
Aviso de derechos y otra información	<p>Aviso: Entiendo que tengo el derecho legal, con ciertas limitaciones, de consultar u obtener copias de mi información de médica protegida, o la de mi hijo menor no emancipado cuyo tratamiento haya autorizado. Este derecho también se otorga al tutor de un menor de edad, al custodio de la persona, psiquiátrico o no psiquiátrico.</p> <p>Riverside University Health System y muchas otras organizaciones e individuos, tales como médicos, hospitales y planes de salud, están obligados por ley a mantener de forma confidencial su información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés). Si usted ha autorizado la divulgación de su PHI a alguien que no está obligado legalmente a mantenerla confidencial, es posible que esa información ya no esté bajo la protección de las leyes de confidencialidad estatales o federales.</p> <p>Voluntariamente: Entiendo que autorizar la divulgación de la información identificada es voluntario. La firma de esta autorización no debe condicionar el tratamiento, la inscripción en un plan de pago o la elegibilidad para recibir prestaciones, excepto si la autorización es para: 1) llevar a cabo un tratamiento relacionado con un estudio de investigación, 2) obtener información en relación con la elegibilidad o inscripción en un plan de salud, 3) para determinar la obligación de una entidad a pagar una reclamación, o 4) crear PHI para proporcionarla a un tercero.</p> <p>Derecho a Revocar: Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento enviando por correo o entregando personalmente una revocación escrita y firmada a Riverside University Health System – Departamento de Gestión de Información de Médica. Dicha revocación tendrá efecto a partir de la fecha en que sea recibida, excepto en la medida en que el destinatario haya tomado medidas con respecto a esta Autorización.</p> <p>Derecho de inspección: Entiendo que puedo inspeccionar u obtener una copia de la información que se utilizará o que se divulgará, según lo dispuesto en 45 CFR 164.524 y que tengo derecho a una copia de este formulario.</p> <p>Redivulgación: Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva redivulgación no autorizada y que la información puede no estar protegida por las normas federales de confidencialidad.</p> <p>Preguntas: Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información de médica, puedo ponerme en contacto con el Departamento de Gestión de Información de Salud Médica llamando al 951-486-5040.</p>



Vencimiento	A menos que se revoque por escrito, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, _____. Si no se indica fecha de vencimiento, esta autorización vencerá seis meses después de la fecha en que se firmó.
Firma	He leído ambas páginas de este formulario y autorizo y solicito voluntariamente la divulgación de la información arriba mencionada. Firma: _____ Fecha: _____ Hora: _____ (Paciente o Representante legal) Si lo firma alguien que no sea el paciente, indique la relación con el paciente: _____