



## 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.

**MemorialCare Health Services:** Long Beach Medical Center • Miller Children's & Women's Hospital  
Community Hospital Long Beach • Orange Coast Medical Center • Saddleback Medical Center  
17360 Brookhurst Street, Fountain Valley, CA 92708 • (657) 241-7000 • fax (657) 276-4774

**MemorialCare Medical Group**  
17360 Brookhurst Street, Fountain Valley, CA 92708 • (714) 665-1647 • fax (714) 665-4681

## 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

☐ Notas del consultorio

☐ Informes de laboratorio/patología

☐ Electrocardiogramas

☐ Informes de radiología

☐ Películas de radiología

☐ Registros de facturación

☐ Fotos, cintas de video, imágenes digitales o de otro tipo

☐ Perfil médico personal (incluya el nombre del empleador) \_\_\_\_\_

☐ 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 ☐ 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:

**MemorialCare Health Services:** Long Beach Medical Center • Miller Children's & Women's Hospital  
Community Hospital Long Beach • Orange Coast Medical Center • Saddleback Medical Center  
17360 Brookhurst Street, Fountain Valley, CA 92708 • (657) 241-7000 • fax (657) 276-4774

**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