



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



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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Informes de consulta | <input type="checkbox"/> Notas del consultorio |
| <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio/patología | <input type="checkbox"/> Electrocardiogramas |
| <input type="checkbox"/> Informes de radiología | <input type="checkbox"/> Películas de radiología |
| <input type="checkbox"/> Registros de facturación | <input type="checkbox"/> Fotos, cintas de video, imágenes digitales o de otro tipo |
| <input type="checkbox"/> Perfil médico personal (incluya el nombre del empleador) _____ | |
| <input type="checkbox"/> 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:
- Puedo negarme a firmar esta autorización.
 - 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

- La anulación entrará en vigor cuando la reciba, pero no tendrá validez si el solicitante u otras personas hubieran actuado basándose en esta autorización.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Puedo obtener una copia de la información médica que se me pide que use o revele.
- 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 apruebe la revelación de expedientes al representante
- Recibimos una copia del poder duradero/directivas anticipadas/certificado de defunción