

RIVERSIDE UNIVERSITY HEALTH SYSTEM
AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE DATOS MÉDICOS

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre(s) anterior(es): _____ Teléfono: _____
N° de expediente médico N°: _____ Últimos 4 números de su Seguro Social: _____
Dirección: _____

Autorizo a Riverside University Health System para que: le divulgue mis datos médicos confidenciales a:
 obtenga mis datos médicos confidenciales de:
Nombre de la persona o centro médico: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____

MÉTODO DE ENVÍO: Por favor, envíe mi expediente mediante: MyChart Correo En persona: (Papel) o (Medio:CD)
 Otro: _____

ESPECIFIQUE DE CUÁL ESTABLECIMIENTO MÉDICO SE SOLICITAN LOS DATOS MÉDICOS:

- Riverside University Health System – Medical Center: 26520 Cactus Ave, Moreno Valley, CA 92555
 Riverside University Health System – Arlington Mental Health: 9990 County Farm Rd, Riverside, CA 92503
 Community Health Center (especifique de cuál clínica): _____

INFORMACIÓN A DIVULGARSE: (Marque todo lo que corresponda)

- Fecha(s) de servicio:** de _____ a _____
- Datos de facturación Historial de emergencia Lista de medicamentos Notas sobre evolución
 Informes de consultas Antecedentes Informes operativos Informes radiológicos
 Resumen del alta Informes de laboratorio Informes patológicos Historial de consultas
 Expediente completo Otro: _____

---Autorizaciones específicas – no se divulgarán los siguientes datos sin las iniciales del paciente:
____ Datos sobre tratamiento(s) de salud mental (Podría exigirse que el médico lo apruebe antes de divulgarlos)
____ Datos sobre tratamiento(s) por uso de alcohol/drogas
____ Resultados de prueba(s) de VIH (sin importar cuál sea el resultado)

PROPÓSITO DE LA PRESENTE DIVULGACIÓN: (Marque todo lo que corresponda)

- Uso personal Continuidad de atención Facturación Discapacidad Seguro Legal
 Otro (expresé el motivo): _____

Nota: Esta solicitud podría estar sujeta a cargos. Algunos expedientes no pueden enviarse mediante MyChart.
Tengo entendido que es mi derecho por ley, con ciertas limitaciones, a ver u obtener copias de mis datos médicos confidenciales, o los de mi hijo(a) menor de edad no emancipado(a) cuyo tratamiento yo haya autorizado. Este derecho también se le otorga al tutor de un menor de edad, al curador de la persona, psiquiátrico o no. **Ver en el reverso la información detallada sobre la divulgación de datos y mis derechos.** He leído ambas páginas de la presente planilla. Solicito y autorizo voluntariamente la divulgación expuesta más arriba.

A menos que se le revoque por escrito, la presente autorización vencerá en esta fecha: _____.
Si no se indica ninguna fecha, la presente autorización vencerá en seis meses a partir de la fecha de su firma.

Firma Nombre en letra de molde y relación (si no es el paciente) Fecha/Hora

RUHS Health Information Management, Release of Information
7898 Mission Grove Parkway South, Suite 200, Riverside, CA 92508
Phone: 951.486.5040 Fax: 951-486-5075

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE DATOS MÉDICOS

Información importante relativa a mis derechos

Aviso: La ley les exige a Riverside University Health Systems y a muchas otras organizaciones e individuos tales como médicos, hospitales y planes de salud, que mantengan la confidencialidad de sus datos médicos (PHI, por sus siglas en inglés). Si usted ha autorizado que se le divulguen sus PHI a alguien que no esté bajo la obligación jurídica de mantener su confidencialidad, es posible que los mismos pierdan el amparo de las leyes estatales o federales sobre confidencialidad.

Acción voluntaria: Entiendo que la autorización para divulgar los datos identificados en el reverso se hace voluntariamente. No es necesario que firme esta planilla para garantizarle el tratamiento médico. La firma de la presente planilla no puede establecerse como condición para obtener tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad en/para recibir beneficios, a menos que dicha autorización tenga como propósito: 1) realizar tratamientos relacionados con investigaciones, 2) obtener información relacionada con la elegibilidad o inscripción en un plan de salud, 3) determinar la obligación de alguna entidad de pagar un reclamo, o 4) generar PHI para entregárselos a un tercero.

Derecho a revocar: Entiendo que tengo derecho a revocar la presente autorización en cualquier momento mediante una revocación firmada y por escrito enviada por correo o entregada personalmente al Health Information Management Department (Departamento de Administración de Datos Médicos) del Riverside University Health System. Tal revocación entrará en vigor en el momento en que se reciba la misma, excepto en la medida en la cual quien la recibe haya ejecutado acciones con respecto a la presente Autorización.

Derecho a inspeccionar: Entiendo que puedo inspeccionar o recibir una copia de los datos que se van a usar o divulgar, tal como se establece en 45 CFR 164.524 y que tengo derecho a recibir una copia de la presente planilla.

Divulgación ulterior: Entiendo que toda divulgación de datos conlleva la posibilidad de que ocurra una divulgación ulterior sin autorización y que los datos no estarán bajo el amparo de las normas federales sobre confidencialidad.

Preguntas: Si tengo alguna pregunta sobre la divulgación de mis datos médicos, puedo comunicarme con el Health Information Management Department por el **951-486-5040**.