

Instrucciones del Formulario de Autorización de Registros Médicos

► **Importante: Descargue y guarde una copia de este formulario antes de completarlo.** ◀

Cómo completar el formulario de autorización de registro médico:

□ ¿Eres el paciente?

- Responda “**Si**”, si es el paciente o “**No**” si es el representante legal o personal del paciente.
 - **NOTA:** Si responde “No, soy el representante legal/personal del paciente”, es posible que se le solicite que proporcione documentación de respaldo que le otorgue la autoridad para solicitar registros médicos en nombre del paciente.

□ Información para el paciente

- Ingres el nombre y apellido del paciente, la inicial del segundo nombre (si corresponde), la fecha de Nacimiento, la dirección completa, el número de teléfono y la dirección de correo electrónico del paciente (requerido para fines de contacto).

□ ¿A quién desea solicitar registros?

- Ingres el nombre del centro de CLCHC o el nombre completo, la dirección, el número de teléfono y el número de fax del médico de CLCHC.

□ ¿Dónde desea que se envíen los registros a?

- Marque le casilla si desea que los registros se envíen solo al paciente.
A continuación, puede saltar a la siguiente sección si la información del destinatario es la misma que la Información del paciente.
Si los registros se enviarán a alguien que no sea el paciente, ingrese el nombre completo, la dirección, la ciudad, el estado, el código postal, el número de teléfono del destinatario, el fax o correo electrónico del destinatario.

□ ¿Cuál es el motivo para solicitar registros?

- Elija la razón apropiada para solicitar registros. **Marque solo uno (1).**

□ ¿Qué fechas de tratamiento de servicio está buscando?

- Enumere el rango de fechas aproximado para las fechas de tratamiento de servicio que necesita lo mejor que pueda.

□ ¿Qué tipos de registros le gustaría? (Marque todo lo que corresponda).

- **Notas de visita a la clínica/consultorio médico – TODOS los proveedores:**
Seleccione solo si desea notas de cualquier médico que el paciente pueda haber visto.
- **Siguientes proveedores específicos SOLAMENTE:** Seleccione solo si desea notas de una visita específica al médico. Por favor, indíquenos el nombre del proveedor tratante para acelerar su solicitud.
- **Registros hospitalarios:**
Seleccione solo si desea registros de hospitalizaciones o visitas a la sala de emergencias en uno de nuestros socios Hospitales.
Vacunas: Seleccione solo si desea registros de vacunación (por ejemplo, vacunas contra la gripe, DTAP, etc.).
- **Resultados de pruebas de laboratorio:** Seleccione solo si desea obtener resultados de pruebas de laboratorio (por ejemplo, análisis de orina, CBC, etc.).
- **Informes de Radiología (CT, MRI, X-ray, etc.):** Seleccione solo si desea una copia de los resultados del examen de radiología (formulario impreso).
NOTA: Para solicitar imágenes de radiología, hay una tarifa adicional que se enumera a continuación.
Informes operativos/Notas de procedimiento:
Seleccione solo si desea una copia del informe quirúrgico o la nota del procedimiento de las cirugías o procedimientos del paciente.
- **Registros de terapia física/ocupacional/del habla:**
Seleccione solo si desea una copia de los registros de fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla.
Otro: Seleccione solo si está buscando registros que no aparecen en la lista anterior. Puede proporcionar detalles específicos en la siguiente sección.

Instrucciones del Formulario de Autorización de Registros Médicos

- ▮ **Describa los registros específicos que solicita para ayudarnos a responder de manera más completa a su solicitud. (Ejemplo: Relacionado con una afección o cirugía, pruebas de laboratorio específicas, todos los registros disponibles, etc.).**
 - Esta sección es opcional. Ingrese detalles adicionales según desee relacionados con los tipos de registros que necesita.
- ▮ **¿Tenemos permiso para divulgar la siguiente información protegida que puede estar contenida en sus registros médicos?**
 - Por favor, marque todo lo que corresponda. Déjelo en blanco si ninguno de ellos se aplica a los registros solicitados.
- ▮ **¿Hay una fecha límite para esta solicitud?**
 - Responda **"Sí, tengo una fecha límite"** si tiene una fecha límite y especifique la fecha en que necesita los registros.
 - Responda **"No, tan pronto como sea posible"** si no tiene una fecha límite específica.
 - **NOTA:** La ley de California permite a los proveedores de atención médica hasta 15 días para cumplir con su solicitud.
- ▮ **¿Cómo quieres que enviemos los registros? *Debe seleccionar una (1) opción SOLAMENTE.**
 - Díganos cómo le gustaría recibir los registros. **Marque solo una (1) opción de la lista.**
- ▮ **Fecha de caducidad (opcional).** La autorización será efectiva por un (1) año a partir de la fecha en que la firme, a menos que especifique lo contrario. Tiene derecho a darnos una fecha de vencimiento alternativa. Sin embargo, si lo hace, debe estar fechada a menos 15 días en el futuro a partir de la fecha de hoy para permitir tiempo suficiente para procesar su solicitud según lo permita la ley de California.
- ▮ **Sus derechos bajo la ley.** Esta sección es solo informativa. Explica sus derechos bajo las leyes de privacidad estatales y federales.
- ▮ **Firma y fecha.** Se requiere una firma y una fecha para que la autorización sea válida. Si está completando la autorización en nombre del paciente, también escriba su nombre y su relación con el paciente.

Requisitos adicionales:

- ▮ **Identificación con foto:** Debe incluir una copia legible de su identificación con foto u otra identificación emitida por el gobierno junto con el formulario de autorización para fines de verificación de identidad. Si recoge los registros en persona, se le pedirá que proporcione su identificación con foto en ese momento.
- ▮ También puede visitar a un Notario Público que puede completar y adjuntar el formulario de Notario Público de CA a este Formulario de Autorización de Registro Médico verificando su identidad.
- ▮ De conformidad con la sección 123110 del Código de Salud y Seguridad, podemos cobrar 25 centavos por página más una tarifa administrativa razonable. Para las películas de diagnóstico, como una radiografía, resonancia magnética, tomografía computarizada y tomografías por emisión de positrones, se le puede cobrar el costo real de copiar las películas. Esto solo se aplica si ha realizado una solicitud por escrito para que se le proporcione una copia de sus registros médicos.
- ▮ **Si usted es alguien que no es el paciente:** Además de una identificación con foto, incluya una copia de la documentación de respaldo válida que le otorgue autoridad para solicitar registros en nombre del paciente. (Excepción: Padres de pacientes menores de edad).

Las formas aceptables de documentación de respaldo incluyen:

- **Directiva de atención médica avanzada (debe estar vigente en el momento de solicitar registros)**
- **Certificado de defunción**
- **Ejecutor de la herencia (solo para pacientes fallecidos)**
- **Poder notarial (debe incluir una disposición que permita la toma de decisiones médicas y / o la divulgación de registros médicos)**
- **Poder notarial para atención médica (debe incluir una disposición que permita la divulgación de registros médicos) o alguna otra forma de documentación (sujeta a revisión final)**



**AUTHORIZACIÓN DE USO Y
DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD**

Page 1 of 2

¿Eres el paciente?

Sí No, Soy el representante legal/personal del paciente. *

**Nota: Si usted no es el paciente, es posible que se le solicite que proporcione documentación de respaldo para verificar que está autorizado a realizar esta solicitud en nombre del paciente.*

Información del Paciente

Nombre del Paciente:		Fecha de Nacimiento:	
Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal:			
Teléfono del Paciente:		Correo Electrónico:	

¿De Quién Desea Solicitar Registros?

Nombre del Proveedor o Centro de Atención Médica:			
Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal:			
Teléfono:		Fax:	

¿A Dónde Desea Que se Envíen Los Registros? *Nota: Podemos Divulgar Información Solo a Quien Usted Autorice.*

Marque Esta Casilla Si Los Registros se Envían Únicamente al Paciente. No es Necesario Realizar Más Acciones en Esta Sección.

Nombre del Recipiente:			
Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal del Recipiente:			
Teléfono del Recipiente		Fax or Correo Electrónico del Recipiente:	

¿Cuál es el Motivo Para Solicitar Registros?

Mover/Cambiar de Médico Obtener una Segunda Opinión Viendo a un Especialista
 Alistamiento Militar Uso Personal Otro Razon: _____

¿Qué Fechas de Tratamiento de Servicio Estás Buscando?

Especificar un Intervalo de Fechas Aproximado*– Comenzar: ___/___/___ to Fin: ___/___/___

**El Rango de Fechas No Tiene por Que Ser Exacto. Introduzca Las Fechas Lo Mejor Que Pueda.*

¿Qué Tipo de Discos te Gustaría Nota: Es Posible que Algunos Registros Solo Estén Disponibles en Papel o PDF.

Notas de Visitas a La Clínica: TODOS Los Proveedores Solo Proveedores Específicos:
 Registros Hospitalarios Vacunas Resultados de Pruebas de Laboratorio Informas de Radiológica (CT, MRI, XR, etc.)
 Informes Operativos/Notas de Procedimiento Registros Físicos/Ocupacionales/ de Terapio del Habla
 Registros de Salud en el Hogar Otro (Por Favor Especifique)

Describe Los Registros Especificos que Solicita Para Ayudarnos a Responder de Manera Más Completa a Su Solicitud.

--

¿Tenemos Permiso Para Divulgar La Siguiente Información Protegida* Contendida en Sus Registros? Marque Todo Lo Que Corresponda a Continúación. *Es Posible Que Se Requiera Autorización Adicional.

Resultados de La Prueba del HIV Registros de Uso de Sustancias/Abuso de Drogas
 Registros de Salud Mental Resultados de Pruebas Genéticas



**AUTHORIZACIÓN DE USO Y
DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD**

¿Hay Una Fecha Límite Para Esta Solicitud?

Por ley, tenemos hasta 15 días para cumplir con su solicitud. Sin embargo, si tiene una necesidad urgente de una próxima cita, háganoslo saber. Haremos todo lo posible para cumplir con su fecha límite.

Sí, tengo una fecha límite. Fecha Necesaria: _____ No, Tan Pronto Como Sea Posible.

¿Cómo te Gustaría Que Publiquemos Los Discos? *Debe Seleccionar Una (1) SOLA Opción*

Portal del Paciente (My Health Online) Correo Electrónico (Encriptado) Correo Electrónico (Sin Cifrar)*
 Fax (Límite de 50 Páginas) CD (Encriptado) por Correo CD (Encriptado) por Persona Recogida por Página
Se Pueden Aplicar Tarifas: Papel por Correo Papel por Recogida en Persona

Por un-Cargo Adicional: Unidad Flash USB (Cifrada) por Correo Unidad Flash USB (Encriptada) por Recogida en Persona

**El Envío de Información por Correo Electrónico No Cifrado Aumenta el Riesgo de Ser Leído Por un Tercero No Autorizado.*

Fecha de Caducidad

Esta autorización entrará en vigencia inmediatamente y permanecerá vigente por un (1) año a partir de la fecha firmada a continuación, a menos que se especifique aquí*: _____

**Fecha de vencimiento opcional (debe ser de al menos 15 días en el futuro a partir de la fecha de hoy para ser válida)*

Sus Derechos Bajo La Ley

- Puedo negarme a firmar esta autorización y mi negativa no afectará mi capacidad para obtener tratamiento o pago.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito, firmada por mí o en mi nombre, y enviada por correo a esta dirección: CLCHC, Attn: Registros Médicos, 27800 Camino del Centro Médico, Suite 108, Mission Viejo, CA 92691
- Mi revocación será efectiva al recibirla, pero no tendrá ningún impacto en los usos o divulgaciones realizadas mientras mi autorización era válida.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Puedo inspeccionar y obtener una copia de mi información de salud para la cual autorizo el uso o divulgación durante el tiempo que la información sea mantenida por los afiliados mencionados anteriormente.
- La(s) ubicación(es) mencionada(s) anteriormente no recibirán compensación por el uso o divulgación de mi información de salud.
- Entiendo que la ley de California prohíbe a los destinatarios de mi información de salud hacer más divulgación de mi información de salud a menos que el destinatario obtenga otra autorización de mí o a menos que la divulgación sea requerida o permitida por la ley. Esta protección no se extiende a los destinatarios fuera del estado de California.

FIRMA Y FECHA (Según lo Exija La Ley)

FIRMA: _____ Fecha: _____ Hora: _____
(Representante del Paciente o Legal/Personal*)

* Si está firmado por alguien que no sea el paciente, escriba el nombre y especifique la relación con el paciente:

Nombre: _____ Relación: _____

COMENTARIOS DEL NOTARIO PÚBLICO