

**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN  
MÉDICA CONFIDENCIAL (PHI) DE SALUD MENTAL/  
RECUPERACIÓN POR FÁRMACODEPENDENCIA**

<p><b><u>FACILITY USE ONLY</u></b> Requested records were sent: _____ By: _____ Date: _____</p>
---

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Entregue mi historial de <i>Loma Linda University Behavioral Medicine Center</i> a: | <input type="checkbox"/> Permita que los registros estén disponibles para su revisión y cita de confirmación. |
| <input type="checkbox"/> Obtenga mi historial médico de:   | <input type="checkbox"/> Autorizo la entrega de resultados del VIH.   |
| <input type="checkbox"/> Entregue el resumen de facturación a:   |   |

<b>Nombre de la Persona/Agencia</b> <i>en letra imprenta</i>	<b>Número de teléfono</b>
<b>Dirección</b>	<b>Número de fax</b>
<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>
	<b>Código postal</b>

**Doy autorización para revelar el historial médico con el siguiente propósito:**

- Continuidad del tratamiento       Uso personal       Otro \_\_\_\_\_

Entiendo que autorizar la revelación de información arriba indicada es voluntaria. No necesito firmar este formulario para asegurar la continuidad de mi tratamiento médico. Entiendo que en cualquier momento, tengo derecho a revocar esta autorización. Entiendo que si la revoco, debo hacerlo por escrito y presentarla a la oficina de Archivos Médicos (*Medical Records*). Entiendo que la revocación no tendrá efecto sobre información que ya haya sido revelada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue el derecho de disputar un reclamo bajo mi póliza. A menos que sea revocada, esta autorización caducará en la siguiente fecha, evento o condición: \_\_\_\_\_. Si no especifico una fecha, un evento o una condición de caducidad, esta autorización caducará 180 días después de la fecha en que se firme. Entiendo que puedo revisar u obtener copia de la información que se vaya a usar o a revelar, según lo establece la ley CFR 164.524. Entiendo que la revelación de información conlleva la posibilidad de que se siga revelando sin la debida autorización, y que pudiera no estar protegida por las normas federales de confidencialidad. Si tuviera preguntas sobre la revelación de dicha información puedo ponerme en contacto con Archivos Médicos.

_____ Nombre completo del Paciente	_____ Fecha de nacimiento
Firma _____ (Paciente o Representante Legal)	Fecha _____ Hora _____

_____ Nombre en imprenta	_____ Relación con el Paciente	_____ Número de teléfono
-----------------------------	-----------------------------------	-----------------------------

**Solicitud de pacientes PHP/IOP/Ambulatorios: Todo paciente mayor de 12 años también debe firmar la autorización.**

Firma _____	Fecha _____	Hora _____
-------------	-------------	------------



LOMA LINDA UNIVERSITY BEHAVIORAL MEDICINE CENTER  
1710 Barton Road, Redlands, CA 92373  
Phone: (909) 651-4853 / Fax: (909) 651-4856

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PHI FOR  
MENTAL HEALTH/ SUBSTANCE USE RECOVERY**

White –facility    Pink-Patient

BMC 1038S Rev. 11/2019  
amt printed – m/year

PATIENT IDENTIFICATION