



3009B

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL

Escriba con lapicero ♦ Esta autorización se podría anular si no se proporciona toda la información. *El historial de abuso de sustancias y tratamiento psiquiátrico requieren una autorización aparte.

De Quién – Especifique la clínica, especialidad o médico

- Options for medical center: Loma Linda University Medical Center (LLUMC), Loma Linda University Children's Hospital (LLUCH), Loma Linda University Health Care (LLUHC), Loma Linda University (LLU)

FACILITY USE ONLY
Requested records have been sent
Date Sent:
by:

Para Quién / Para Revisión – Escoja una de las siguientes opciones:

Enviar el historial a: Individuo / Nombre de la Agencia

Permitir la revisión del historial. Confirmar la cita antes efectuar la revisión
Dirección Ciudad Estado Código postal

Información que va a revelarse

Especifique dónde se va a proporcionar el servicio (Nombre de la clínica)

- Options for patient type: Paciente interno (Resumen del alta hospitalaria, Documentos clínicos pertinentes, Otro), Paciente externo (Anotaciones clínicas, Resultados, tipo de examen, Otro)

Autorizo en forma específica la revelación de los resultados de la prueba del VIH.

Resumen de facturación Fechas del tratamiento

Propósito – Razón por la cual se debe revelar el historial.

- Options for purpose: Continuidad en la atención, Uso personal (se aplica tarifa), Otro

A menos que se anule, esta autorización caduca en la siguiente fecha:

Esta autorización permanecerá en efecto hasta revelar completamente lo anteriormente mencionado, pero no se prolongará más allá de 180 días de la fecha en que se firma esta autorización. Este formulario se firma de manera voluntaria. Entiendo que tengo derecho a anular esta autorización, a revisarla y a obtener una copia del material que se va a revelar. Al reverso encontrará más detalles acerca de la revelación de información y de sus derechos. He leído ambas páginas de este formulario y voluntariamente autorizo y solicito dicha revelación. Autorizo el uso de copias de este formulario (incluso las enviadas por fax) para revelar la información descrita anteriormente.

Nombre completo del Paciente Últimos 4 dígitos del SS#:

Fecha de nacimiento Teléfono: ()

Firma del Paciente o Representante Legal Fecha Hora

Relación con el Paciente (si firma el Representante Legal)

Interpreter Signature Date Time

Interpreter Name (print)

Interpreter Telephone ID#



Loma Linda University
Loma Linda University Medical Center
Loma Linda University Children's Hospital
Loma Linda University Health System

AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION - SPANISH

PATIENT IDENTIFICATION

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN
MÉDICA CONFIDENCIAL

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE SUS DERECHOS

Voluntario: Entiendo que la autorización para revelar la información indicada al reverso es voluntaria. No tengo que firmar este formulario para asegurar la continuidad de mi tratamiento médico.

Derecho a Revocar: Entiendo que en cualquier momento, tengo derecho a revocar esta autorización. Entiendo que si la anulo, debo hacerlo por escrito y presentarla al departamento encargado de manejar la información médica (*Health Information Management Department*). La anulación tendrá efecto a partir del momento que se reciba, pero dicha anulación no tendrá efecto sobre la información que ya se haya revelado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la anulación no aplicará a mi compañía de seguros, cuando la ley le otorgue a mi aseguradora el derecho de disputar un reclamo bajo mi póliza.

Derecho a Revisar: Entiendo que puedo revisar u obtener copia de la información que se vaya a usar o a revelar, según lo establece la ley 45 CFR 164.524; y que tengo derecho a obtener una copia de este formulario.

Revelaciones Posteriores: Entiendo que cualquier revelación de información conlleva la posibilidad de que se siga revelando sin la debida autorización, y que la información pudiera no estar protegida por las normas federales de confidencialidad.

Preguntas: Si tengo preguntas acerca de la revelación de mi información médica, puedo ponerme en contacto con el departamento encargado (*Health Information Management Department*).

Tarifas: El acceso a la información del paciente (AB610) tiene un costo de \$0.25 por página, más el envío postal. Todas las tarifas, con excepción de los boletines de *State Disability Insurance* (SDI) se cobran por adelantado.



Loma Linda University
Loma Linda University Medical Center
Loma Linda University Children's Hospital
Loma Linda University Health System

AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF
PROTECTED HEALTH INFORMATION - SPANISH

Page 2 of 2

116-3009B (11-14)

PATIENT IDENTIFICATION