



Patient Care Center

Autorización para liberación de expediente médico fuera de WesternU

Es mi entendimiento que tengo el derecho legal, con ciertas limitaciones, ya sea ver o obtener copias de mi información protegida de salud, o la de mi hijo menor de edad emancipado cuyo tratamiento he autorizado. Este derecho también se le otorgan a los tutores de un menor y el tutor de una persona. Además, entiendo que cuando se considere aconsejable por un médico, este derecho podría ser negado conforme a la ley. En tal caso, yo sere informado de mis opciones.

Por este medio solicito que _____ le otorge permiso y acceso o la liberación de la historial clínica del siguiente paciente:

Imprimir Nombre del Paciente _____ # Expediente medico _____
Fecha de Nacimiento _____ # Seguro Social _____
Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____
Telefono _____ # Fax _____ Correo Electronico _____

El centro/healthcare proveedor anterior nombrado puede liberar los registros a (círcule la oficina donde debe mandar el expediente):

795 E. Second Street Pomona, CA 91766-2007 Tel: (909) 706-3900 Fax: (909) 865-2955

Fechas de los expedients que se van a liberar: [] Todas las fechas [] Desde _____ Hasta: _____

Descripción de los registros a ser liberado:

[] Todo el expediente [] Resultados de Lab [] Farmacia [] Inmunizaciones/Vacunas [] Expediente de cobro
[] Rayos X/Imagenes/Resultado CT/MRI [] Otro. Especifique (ser lo mas específico posible): _____

Entiendo que mi expediente médico puede contener información sobre resultados de la prueba del VIH/SIDA; drogas y abuso de alcohol, diagnóstico o tratamiento; o la salud mental. Por favor marque la casilla apropiada a continuación si usted específicamente autoriza la liberación de estos registros (De lo contrario, se excluirá esta información):

[] VIH/SIDA resultado (Cal. Health & Safety Code § 120980(g)) [] Salud Mental
[] Drogas y abuso de alcohol, diagnostic y tratamiento (42 CFR §§ 2.34-2.35)

Esta divulgación se puede utilizar para los fines siguientes: [] Uso personal [] Legal [] Aseguranza [] Tratamiento Médico
[] Verificacion de Condicion Médica [] Disabilitacion [] FMLA [] Workers' Comp [] Otro. Especifique: _____

El tipo de acceso solicitado es: [] Inspección del expediente en persona [] Copias del expediente

Tipo de soporte (para las copias): [] Electronica [] Papel

Forma de entrega (para las copias): [] Recoger [] Correo Postal [] Fax [] Correo electronico
(Nota: documentos serán enviados en formato cifrado)

Duración: A menos que revoque anteriormente, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición: _____.
Si no especifica una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización vencerá 1 año a partir de la fecha de la firma.

Revocación: Entiendo que puedo cancelar esta autorización enviando un carta escrita solicitando anterior nombrado proveedor de servicio. Mi cancelación no afectará la información que se publicó antes de recibir la solicitud escrita.

Revelar: Entiendo que una vez que esta información es divulgada, el destinatario podría potencialmente revelar a un grupo tercero, y puede que esta informacion no este protegido por la ley federal de privacidad (HIPAA).

Entiendo que al firmar este formulario es voluntario, y que no necesito firmar este formulario de autorización como condición para recibir tratamiento profesional de la salud de lo anterior nombrado proveedor de servicio.

Nombre impreso de la persona que hace solicitud: _____

Relación con el paciente, si no es el paciente: _____
(Tutor, ciudador o Representante Legal o otro, deben adjuntar escrita prueba legal de tal condición.)

Firma _____ Fecha _____

Nota: Una fotocopia o escaneo electrónico de este documento será tan válida como el original

PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE

Processing Date: _____ Total amount of fees: \$ _____ Paid by CK# _____ Credit/Debit Card Cash

Date mailed / Hand delivered: _____ Special handling requested: Yes No

Signature of Staff Completing Request: _____