

RELEASE OF INFORMATION AUTHORIZATION – SPANISH

MRN: _____
Facility Use Only

Autorización: Solicito una copia de mi expediente médico o autorizo la entrega de información relacionada con el historial médico, condición física o mental, servicios administrados, o tratamiento, según se describe abajo:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Ultimo cuatro números de su seguro social: _____ Teléfono: (____) _____

Dueño del expediente: _____

Persona autorizada a recibir los expedientes: _____
Nombre

Domicilio _____ *Ciudad* _____ *Estado* _____ *Código Postal* _____

Telefonó: (____) _____ Fax: (____) _____

Fechas de servicio: De ____ / ____ / ____ A ____ / ____ / ____

Area de tratamiento: Paciente interno Urgencias Paciente externo

Tipo de información: Esta autorización está limitada a los expedientes médicos y tipo de información siguientes:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta | <input type="checkbox"/> Notas de avances | <input type="checkbox"/> Lista de Medicación |
| <input type="checkbox"/> Historial/Examen físico | <input type="checkbox"/> Resultados de Laboratorio | <input type="checkbox"/> Medios Electronicos / CD |
| <input type="checkbox"/> Reportes de consulta | <input type="checkbox"/> Reporte de radiografías | <input type="checkbox"/> Papel |
| <input type="checkbox"/> Reportes operatorios | <input type="checkbox"/> Instrucciones de Alta | <input type="checkbox"/> Otro (favor de especificar): _____ |
| <input type="checkbox"/> Reportes del Departamento de Urgencias | <input type="checkbox"/> Alergia a Medicamentos | _____ |
| | <input type="checkbox"/> Lista de Problemas | _____ |

Categorías Especiales de Información:

Usted debe autorizar específicamente que se pueden revelar los siguientes tipos de información:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Resultados de prueba del VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) |
| <input type="checkbox"/> Expedientes psiquiátricos <input type="checkbox"/> Tratamiento para el abuso de alcohol/drogas |

Uso de información: El solicitante podrá usar los expedientes médicos y el tipo de información autorizados únicamente para los propósitos siguientes:

- | | | |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Atención continuada | <input type="checkbox"/> Segunda Opinión | <input type="checkbox"/> Personal |
| <input type="checkbox"/> Otro (Favor de especificar): _____ | | |

A menos que sea revocada, esta autorización vencerá en la siguiente fecha (especificar la fecha, no mas de 12 meses) Fecha de vencimiento ____ / ____ / ____

Nombre con letra de imprenta: _____

Firma: _____ Fecha ____ / ____ / ____

Si firma otra persona que no es el paciente, indique su parentesco: _____

Testigo: _____



RELEASE OF INFORMATION
AUTHORIZATION – SPANISH

Page 1 of 2

FORM 2517 MR
(Rev 6/13)

PATIENT INFORMATION



RI0010

EL CENTRO REGIONAL MEDICAL CENTER AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACION MÉDICA

**Favor de leer cuidadosamente y llenar el reverse de este formulario.
Todas las secciones de esta autorización deben llenarse completamente antes de
permitir que El Centro Regional Medical Center divulgue información médica protegida.**

EXPLICACIÓN: Esta forma autoriza el uso o la divulgación de mi información médica protegida de la manera que se describe a continuación y es voluntaria. ECRMC no puede condicionar sus servicios en base al hecho de si firmo o no esta autorización, excepto bajo circunstancias limitadas, tales como para servicios relacionados con investigación, elegibilidad o determinaciones de inscripción o servicios realizados exclusivamente para un solicitante externo (por ejemplo, compensación al trabajador). En estas circunstancias ECRMC puede rehusar los servicios si no proporciono una autorización para la divulgación de mi información. **Estoy consciente, de que una vez que mi información salga de ECRMC, esta institución ya no podrá exigir, legalmente que protejan dicha información.**

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA ESPECÍFICA: Las leyes federales y estatales obligan a ECRMC obtener autorización específica de los pacientes para dar a conocer información delicada. Información delicada se refiere a los resultados de la prueba para VIH y SIDA, así como al tratamiento psiquiátrico, abuso de alcohol o de droga. Estoy consciente que ECRMC tratara de excluir este tipo de información a menos que yo señale específicamente para ser entregada. Si yo se que mi expediente contiene este tipo de información, señalaré el tipo específico de información que se encuentra en la sección etiquetada como *Categorías Especiales de Información*. Si yo opto por no divulgar esta información, yo avisare inmediatamente a ECRMC al (760) 339-7190.

DURACIÓN: Entiendo que esta autorización puede ser revocada por escrito a: ECRMC 1415 Ross Ave., El Centro, CA 92243 Att: Privacy Office. Excepto hasta el punto en que se haya tomado acción en la seguridad sobre esta autorización.

RESTRICCIONES: Entiendo que ECRMC no podrá usar o divulgar mas adelante la información médica a no ser que obtenga de mi autorización. Solo si dicho uso o divulgación es requerido o permitido específicamente de manera legal. Por el presente libero ECRMC de cualquiera y toda responsabilidad que pudiera surgir de la divulgación de esta información en la parte superior mencionada.

COPIA ADICIONAL: ECRMC me dará una copia de esta autorización.

Favor de inicial que usted ha leído las declaraciones mencionadas: _____
Iniciales



RELEASE OF INFORMATION
AUTHORIZATION - SPANISH

Page 2 of 2

FORM 2517 MR
(Rev 6/13)

PATIENT INFORMATION



RI0010