



## AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Por favor, de anotar los nombres que usted a utilizados anteriormente: \_\_\_\_\_

Por favor de completar todas las áreas para poder procesar su solicitud. Se le solicita esta autorización para cumplir con la Norma de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés).

### AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN

**TrueCare™**

Attn: HID

4056 Calle Platino

Oceanside, CA 92056

Fax: 877-279-1995

Por el presente autorizo a (marque una opción):

<input type="checkbox"/> <b>Opción 1:</b> TrueCare™ obtendrá-recibirá copias de su archivo médico. Nombre de institución/proveedor/persona: _____ Dirección: _____ Ciudad/estado/código postal _____ Teléfono: _____ Fax #: _____ Método Preferido: <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Fax	<input type="checkbox"/> <b>Opción 2:</b> TrueCare™ enviara copias de su archivo médico. Nombre de institución/proveedor/persona: _____ Dirección: _____ Ciudad/estado/código postal _____ Teléfono: _____ Fax #: _____ Método Preferido: <input type="checkbox"/> Recoger <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Fax	<input type="checkbox"/> <b>Opción 3:</b> Un Proveedor/a de TrueCare™ podrá comunicar verbalmente mi información de salud con: Nombre de institución/proveedor/persona: _____ Dirección: _____ Ciudad/estado/código postal _____ Teléfono: _____ Fax #: _____
---	--	--

<b>INFORMACIÓN A DIVULGAR</b> (Marque todo lo que aplique)	<p><b>Fecha de servicio desde:</b> ____ / ____ / ____ to ____ / ____ / ____.</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Mes      Día      Año                      Mes      Día      Año</p> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">Si no se especifica fecha, solo se divulgarán los 6 meses previos.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Información médica general:</b> Lista de problemas, vacunas, notas de progreso, laboratorios y resultados radiológicos.      <input checked="" type="checkbox"/> <b>Solo Documentos prenatale</b></p> <p><b>Resultados/informe:</b>   <input type="checkbox"/> Colonoscopia   <input type="checkbox"/> Densitometría ósea      <input type="checkbox"/> <b>Información sobre facturas.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Vacunas   <input type="checkbox"/> Mamografía   <input type="checkbox"/> Papanicolaou</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Otro</b> (especifique, p. ej., hospital, sala de emergencias, etc...): _____</p>		
<b>INFORMACIÓN SENSIBLE</b>	<p><b>Información confidencial no se divulgará a menos que usted nos lo indique con su iniciales en las siguientes opciones:</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">Iniciales</p> <p><input type="checkbox"/> ____ Información sobre el tratamiento de salud mental</p> <p><input type="checkbox"/> ____ Notas de progreso psiquiátrico</p> <p><input type="checkbox"/> ____ Notas de terapia</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">Iniciales</p> <p><input type="checkbox"/> ____ Laboratorio</p> <p><input type="checkbox"/> ____ Resultados de la prueba de VIH</p> <p><input type="checkbox"/> ____ Información sobre el tratamiento por alcohol/drogas</p> </td> </tr> </table>	<p style="text-align: center; font-size: x-small;">Iniciales</p> <p><input type="checkbox"/> ____ Información sobre el tratamiento de salud mental</p> <p><input type="checkbox"/> ____ Notas de progreso psiquiátrico</p> <p><input type="checkbox"/> ____ Notas de terapia</p>	<p style="text-align: center; font-size: x-small;">Iniciales</p> <p><input type="checkbox"/> ____ Laboratorio</p> <p><input type="checkbox"/> ____ Resultados de la prueba de VIH</p> <p><input type="checkbox"/> ____ Información sobre el tratamiento por alcohol/drogas</p>
<p style="text-align: center; font-size: x-small;">Iniciales</p> <p><input type="checkbox"/> ____ Información sobre el tratamiento de salud mental</p> <p><input type="checkbox"/> ____ Notas de progreso psiquiátrico</p> <p><input type="checkbox"/> ____ Notas de terapia</p>	<p style="text-align: center; font-size: x-small;">Iniciales</p> <p><input type="checkbox"/> ____ Laboratorio</p> <p><input type="checkbox"/> ____ Resultados de la prueba de VIH</p> <p><input type="checkbox"/> ____ Información sobre el tratamiento por alcohol/drogas</p>		

Complete la página 2 →

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

<b>PROPÓSITO DE LA SOLICITUD</b>	<input type="checkbox"/> Atención especializada/Cuidado Continuo <input type="checkbox"/> Cambio de proveedor de atención primaria <input type="checkbox"/> Traslado a otra área <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Otra cosa _____
<b>DERECHOS DEL PACIENTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puedo examinar u obtener una copia de la información médica cuyo uso o divulgación me solicitan. Deseo recibir una copia de mi información médica: <input type="checkbox"/> Sí    Inicial: _____</li> <li>• Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y presentarlo en la siguiente dirección: <b>TrueCare™, 4056 Calle Platino, Oceanside, CA 92065</b>. Mi revocación entrara en efecto al momento de su recibimiento, excepto al grado que otros han actuado en virtud de la presente Autorización.</li> <li>• Puede que se me cobre por copiar mis registros médicos y de facturación. El costo es \$0.25 por página hasta \$15 por registro para solicitudes de los pacientes. Las solicitudes de registros dentro de los últimos 2 años de servicio serán gratis.</li> </ul>
<b>FIRMAS REQUERIDAS</b>	<p><b>Firma del paciente/representante legal:</b> _____</p> <p><b>Fecha:</b> _____</p> <p>Esta autorización expirará un año a partir de la fecha en que se firme la Autorización, a menos que sea revocada por escrito antes de esa fecha.</p> <p><b>Nombre del representante legal:</b> _____</p> <p><b>Relación con el/la paciente?:</b> _____</p> <p>Si es firmado por una persona que no es el paciente, indique la relación y autoridad para actuar en nombre del paciente.</p>

---

**TRUECARE™ USE ONLY**

**Print Staff Name:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_ **Location:** \_\_\_\_\_

<b>Clinic:</b> Indicate how the request was addressed	<b>Records to be Released</b> <input type="checkbox"/> Records given to the patient <input type="checkbox"/> Forward to HID to complete request	<b>Requesting Outside Records</b> <input type="checkbox"/> Faxed request to outside entity, records received <input type="checkbox"/> Faxed request to outside entity, records <b>not</b> received, HID to follow-up. <input type="checkbox"/> Forward request to HID to complete request
--	---	--

For updates on ROI status, check tasks (Task type: Image, Description: Release of Records).

EPIC→Chart Review→ Consent/Admin→ Release of Information