

## Solicitud de Información Médica

1. **Autorización: Autorizo la divulgación de información médica y registros de salud como se describe a continuación.:**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección Completa del Paciente: \_\_\_\_\_

Número de Seguridad Social: \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_\_ (Opcional) Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

2. **Titular del Registro:** \_\_\_\_\_ Inland Heart Doctors \_\_\_\_\_

### Ubicación de Práctica

2250 S. Main St., Ste 201, Corona, CA 92882

Telephone: 951-734-4880

Fax: 951-734-7963

3. **Los Registros Pueden Entregarse a:** \_\_\_\_\_  
(Hospital, Grupo Médico u otro Proveedor de Servicios)

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

  

Teléfono	Fax

4. **Tipo de Información:** Esta autorización se limita a los siguientes tipos de información que se indican a continuación. **Escriba sus iniciales en todo lo que corresponda.**

_____ Resumen de Alta	_____ Tratamiento por Abuso de Alcohol y/o Drogas
_____ Notas de Progreso	_____ Resultados de la Prueba del HIV
_____ Órdenes del Médico	_____ Registros Psiquiátricos
_____ Historia/Examen Físico	_____ Datos de Facturación
_____ Informes de Consulta	_____ Informes de Radiología/Medicina Nuclear
_____ Informes del Departamento de Emergencias	_____ Informes Operativos/de Procedimiento
_____ Cualquiera y Todos los Registros	_____ Otro (por favor especifique): _____

5. **Fechas de Servicio:** \_\_\_\_\_  
De (mmddyyyy) A (mmddyyyy)

6. **Uso de la información:** La persona o entidad identificada anteriormente puede usar mi información para los siguientes propósitos. **Escriba sus Iniciales en Todo lo que Corresponda.**

\_\_\_\_\_ Transferencia de Atención      \_\_\_\_\_ Segunda Opinión      \_\_\_\_\_ Personal      \_\_\_\_\_ Seguro  
\_\_\_\_\_ Legal      \_\_\_\_\_ Continuación de la Atención      \_\_\_\_\_ Otro (Por favor especifica) \_\_\_\_\_

7. **Duración:** Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha junto a mi firma, a menos que se indique lo contrario aquí: \_\_\_\_\_

8. **Copia adicional:** Entiendo además que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización si la solicito.

9. **Nueva divulgación:** Entiendo que una vez recibidos, mis registros estarán sujetos a una nueva divulgación y ya no estarán protegidos por las leyes federales de privacidad.

10. **Revocación:** Esta autorización también está sujeta a la revocación por escrito del abajo firmante en cualquier momento entre ahora y la divulgación de información por parte de la parte divulgadora. La revocación por escrito entrará en vigor una vez recibida, pero no será efectiva en la medida en que la ley requiera o permita específicamente al Solicitante.

11. **Explicación:** Entiendo que mi tratamiento no está condicionado de ninguna manera a que firme la autorización y que puedo negarme a firmarla.

## 12. Firma

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Paciente: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente o Representante Autorizado: \_\_\_\_\_

(Si es un Representante Autorizado) Nombre y Parentesco con el Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Firma: \_\_\_\_\_

Firma de Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha y Hora: \_\_\_\_\_

**Nota: Se debe proporcionar documentación legal junto con una identificación vigente emitida por el gobierno (licencia de conducir, tarjeta de identificación o pasaporte) para demostrar la autoridad para firmar en nombre del paciente.**