

**RIVERSIDE UNIVERSITY HEALTH SYSTEM**  
**AUTHORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE DATOS MÉDICOS**

**DATOS DEL PACIENTE:**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Nombre(s) anterior(es): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
N° de expediente médico N°: \_\_\_\_\_ Últimos 4 números de su Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

Autorizo a Riverside University Health System para que:  le divulgue mis datos médicos confidenciales a:  
 obtenga mis datos médicos confidenciales de:  
Nombre de la persona o centro médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

**MÉTODO DE ENVÍO:** Por favor, envíe mi expediente mediante:  MyChart  Correo  En persona: (Papel) o (Medio: CD)  
 Otro: \_\_\_\_\_

**ESPECIFIQUE DE CUÁL ESTABLECIMIENTO MÉDICO SE SOLICITAN LOS DATOS MÉDICOS:**

- Riverside University Health System – Medical Center: 26520 Cactus Ave, Moreno Valley, CA 92555  
 Riverside University Health System – Arlington Mental Health: 9990 County Farm Rd, Riverside, CA 92503  
 Community Health Center (especifique de cuál clínica): \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN A DIVULGARSE:** (Marque todo lo que corresponda)

- Fecha(s) de servicio:** de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_
- Datos de facturación  Historial de emergencia  Lista de medicamentos  Notas sobre evolución  
 Informes de consultas  Antecedentes  Informes operativos  Informes radiológicos  
 Resumen del alta  Informes de laboratorio  Informes patológicos  Historial de consultas  
 Expediente completo  Otro: \_\_\_\_\_

**---Autorizaciones específicas – no se divulgarán los siguientes datos sin las iniciales del paciente:**

- \_\_\_\_\_ Datos sobre tratamiento(s) de salud mental (Podría exigirse que el médico lo apruebe antes de divulgarlos)  
\_\_\_\_\_ Datos sobre tratamiento(s) por uso de alcohol/drogas  
\_\_\_\_\_ Resultados de prueba(s) de VIH (sin importar cuál sea el resultado)

**PROPÓSITO DE LA PRESENTE DIVULGACIÓN:** (Marque todo lo que corresponda)

- Uso personal  Continuidad de atención  Facturación  Discapacidad  Seguro  Legal  
 Otro (expresé el motivo): \_\_\_\_\_

Nota: Esta solicitud podría estar sujeta a cargos. Algunos expedientes no pueden enviarse mediante MyChart. Tengo entendido que es mi derecho por ley, con ciertas limitaciones, a ver u obtener copias de mis datos médicos confidenciales, o los de mi hijo(a) menor de edad no emancipado(a) cuyo tratamiento yo haya autorizado. Este derecho también se le otorga al tutor de un menor de edad, al curador de la persona, psiquiátrico o no. **Ver en el reverso la información detallada sobre la divulgación de datos y mis derechos.** He leído ambas páginas de la presente planilla. Solicito y autorizo voluntariamente la divulgación expuesta más arriba.

A menos que se le revoque por escrito, la presente autorización vencerá en esta fecha: \_\_\_\_\_.  
Si no se indica ninguna fecha, la presente autorización vencerá en seis meses a partir de la fecha de su firma.

\_\_\_\_\_  
Firma Nombre en letra de molde y relación (si no es el paciente) Fecha/Hora

**RUHS Health Information Management, Release of Information**  
7898 Mission Grove Parkway South, Suite 200, Riverside, CA 92508  
Phone: 951.486.5040 Fax: 951-486-5075

# AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE DATOS MÉDICOS

Información importante relativa a mis derechos

---

**Aviso:** La ley les exige a Riverside University Health Systems y a muchas otras organizaciones e individuos tales como médicos, hospitales y planes de salud, que mantengan la confidencialidad de sus datos médicos (PHI, por sus siglas en inglés). Si usted ha autorizado que se le divulguen sus PHI a alguien que no esté bajo la obligación jurídica de mantener su confidencialidad, es posible que los mismos pierdan el amparo de las leyes estatales o federales sobre confidencialidad.

**Acción voluntaria:** Entiendo que la autorización para divulgar los datos identificados en el reverso se hace voluntariamente. No es necesario que firme esta planilla para garantizarle el tratamiento médico. La firma de la presente planilla no puede establecerse como condición para obtener tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad en/para recibir beneficios, a menos que dicha autorización tenga como propósito: 1) realizar tratamientos relacionados con investigaciones, 2) obtener información relacionada con la elegibilidad o inscripción en un plan de salud, 3) determinar la obligación de alguna entidad de pagar un reclamo, o 4) generar PHI para entregárselos a un tercero.

**Derecho a revocar:** Entiendo que tengo derecho a revocar la presente autorización en cualquier momento mediante una revocación firmada y por escrito enviada por correo o entregada personalmente al Health Information Management Department (Departamento de Administración de Datos Médicos) del Riverside University Health System. Tal revocación entrará en vigor en el momento en que se reciba la misma, excepto en la medida en la cual quien la recibe haya ejecutado acciones con respecto a la presente Autorización.

**Derecho a inspeccionar:** Entiendo que puedo inspeccionar o recibir una copia de los datos que se van a usar o divulgar, tal como se establece en 45 CFR 164.524 y que tengo derecho a recibir una copia de la presente planilla.

**Divulgación ulterior:** Entiendo que toda divulgación de datos conlleva la posibilidad de que ocurra una divulgación ulterior sin autorización y que los datos no estarán bajo el amparo de las normas federales sobre confidencialidad.

**Preguntas:** Si tengo alguna pregunta sobre la divulgación de mis datos médicos, puedo comunicarme con el Health Information Management Department por el **951-486-5040**.