

AUTORIZACIÓN PARA ACCESO DEL PACIENTE / LIBERACIÓN DE SU REGISTRO MÉDICO

Comprendo que tengo el derecho legal, con ciertas limitaciones, de consultar u obtener copias de mi información médica confidencial, o la de mi hijo menor no emancipado cuyo tratamiento autorice. Este derecho también se otorga al tutor de un menor y al custodio de una persona. Además, comprendo que cuando un proveedor de cuidados de salud lo considere recomendable, este derecho puede negarse conforme con la ley. En tales casos, se me explicarán mis opciones.

Comprendo que hay un cargo para obtener copias de mi registro médico. El cargo es de \$15.00 por las primeras 40 páginas, más 25 centavos por página impresa/copiada, o 50 centavos por página si se imprime de un microfilm.

Por la presente solicito que Western University of Health Sciences (“WesternU”) proporcione acceso a o libere el registro médico del siguiente paciente.

Nombre del paciente en letra imprenta _____ No. Registro Médico _____

Fecha de nacimiento _____ No. de Seguridad Social _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

No. de Teléfono _____ No. de Fax _____ Email _____

WesternU puede liberar los registros a: Marque si es igual a lo anterior

Nombre de destinatario _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

No. de Teléfono _____ No. de Fax _____ Email _____

Fechas de los registros a ser liberados: Todas las fechas De _____ hasta _____

Descripción de los registros a ser liberados:

- Todos los registros
- Resultados de laboratorio
- Farmacia
- Inmunización
- Registros de facturación
- Imágenes de diagnóstico
- Otro - Especifique (sea tan específico como sea posible): _____

Comprendo que mis registros médicos pueden incluir información relacionada a resultados de exámenes de VIH/SIDA, abuso de drogas & alcohol, diagnóstico o tratamiento; y/o salud mental. **Por favor marque el casillero apropiado a continuación si está autorizando específicamente la liberación de estos registros (De otra manera, esta información será excluida):**

- Resultados de exámenes de VIH/SIDA (Cal. Código de Salud y Seguridad § 120980(g))
- Abuso de drogas & alcohol, diagnóstico o tratamiento (42 CFR §§ 2.34-2.35)
- Salud Mental
- Genetic Information (45CFR160 & 164)

Esta divulgación puede ser utilizada para el/los siguiente(s) propósito(s):

- Uso personal
- Legal
- Seguro
- Tratamiento Médico
- Verificación de Condición Médica
- Discapacidad
- FMLA
- Compensación de Trabajador

Otro. Especifíquelo: _____

