UVA Health

150000

IF LABEL NOT AVAILABLE, WRITE IN PT NAME MR#

Autorización para el Manejo de la Información Médica de UVA (HIM por sus siglas en inglés)
Divulgación de Información Médica
(Authorization for UVA Health Information Management (HIM) Release of Information)

Información del Paciente:

Nombre completo del Paciente
(Patient 's full name)

Fecha de nacimiento (mes/fecha/año)
(Birth Date (Month/Day/Year)

Dirección, ciudad, estado y código postal
(Street Address, City, State, and Zip)

Teléfono de contacto
(Contact Telephone Number)

¿Nombres anteriores o alias?
(Any Previous Name sor Aliases?)

Quién debe recibir la información y en qué formato:
(Who Should Recieve the Information and In What Format)

☐ Uno mismo (información arriba indicada)
(Self Information noted above)

Nombre (médico, hospital, agencia, etc.)
(Name Physician, Hospital, Agency, etc.)

Dirección, ciudad, estado y código postal
(Street Address, City, State, and Zip Code)

Número de teléfono/Fax/Correo electrónico
(Phone Number/Fax Number/Email)

Formato: ☐MyChart ☐CD ☐Papel ☐Correo electrónico

Finalidad de la divulgación:
(Purpose of Disclosure)

☐ Personal (Personal)
☐ Continuación de la asistencia
(Continuation of Care)
☐ Seguros (Insurance)
☐ Abogado (Attorney/Legal)
☐ Indemnización por accidente laboral/incapacidad
(Worker's Compensation/Disability)
☐ Otros
(Other)

Ubicaciones de UVA Health donde el paciente ha sido tratado/visto:
(UVA Health Locations Where Patient Has Been Treated/Seen)

☐ Hospital Universitario – Charlottesville
(University Hospital-Charlottesville)
☐ Community Health - Prince William
☐ Community Health - Haymarket
☐ Community Health - Culpeper
☐ Piedmont Family Practice
☐ Otros: (Other)

Información a Divulgar:
(Information to be Released)
Fechas de los Servicios Desde: **Hasta:**
(Dates of Services From) **(To)**

☐ Elementos pertinentes (resumen del alta más reciente, historial y examen físico, informe quirúrgico e inmunizaciones)
(Pertinent Elements) (Most recent Discharge Summar, History& Physical, Operative Report, & Immunizatios)
☐ Notas clínicas
(Clinic Notes)
☐ Película de rayos (X-ray/Imaging Film
☐ Informes de rayos X (X-ray/Imaging Reports)
☐ Fotografías (Photographs)
☐ Otros (Other)

UVA Health

150000

PLACE LABEL HERE.

IF LABEL NOT AVAILABLE, WRITE IN PT NAME & MR#

Entiendo que estoy dando mi permiso para divulgar información en mi expediente médico que puede incluir información relacionada con tratamiento psiquiátrico, tratamiento de drogas/alcohol, pruebas de SIDA/VIH o tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, a menos que se indique en las siguientes instrucciones:
(I understand that I am giving my permission to reléase Information in my medical record that may include Information relating to psychiatric treatment, drug/alcohol treatment, AIDS/HIV testing or treatment of sexually transmitted disease, unless indicated in the following instructions):

Tenga en cuenta lo siguiente:
(Note the following)

- Llame al 434-924-5136 si tiene alguna pregunta
  (Contact 434-924-5136 with any questions)
- Envíe el formulario a PO Box 800476 Charlottesville, VA 22908-0476, 434-924-2432 (fax) o CLHIMROI@uvahealth.org
  (Submit form to PO Cox 800476 Charlottesville, VA 22908-0476, 434-924-2432(fax) or CLHIMROI@uvahealth.org
- Este formulario no se utilizará para fines ajenos a HIM (por ejemplo, conversaciones verbales, obtención de registros de otro centro, etc.).
  (This form shall not be used for any purposes outside of HIM (e.g. verbal conversations, obtaining records from another facility, etc)
- No se cobran tasas cuando se trata de la continuación de la atención o por los pacientes. A todos los demás solicitantes se les cobra según lo permitan las leyes estatales y federales.
  (Fees are waived when for continuation of care purposes or by patients. All other requestors are charged as state and federal laws allow.)
- Se requiere un documento de identidad con fotografía. Si el solicitante no es el paciente, es posible que se requiera documentación legal.
  (photo ID is required. If the requestor is not the Patient, legal doucmentation may be required.)
- Para solicitar historiales de trastornos por consumo de sustancias sujetos a 42 CFR Parte 2, debe cumplimentar el formulario Divulgación de historiales médicos confidenciales de pacientes con trastornos por consumo de sustancias (SUD)
  (To request substance use disorder records subject to 42 CFR Part 2, you must complete the Disclosure of Confidentail Substance Use Disorder (SUD) Patient Health Records form)
- La autorización es válida durante 12 meses a partir de la fecha de la firma
  (The authorization is valid for 12 months from the date of signature)
- Entiendo que puedo cancelar esta solicitud mediante notificación por escrito, pero que ello no afectará a la de la notificación de cancelación. Entiendo que la información divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de la persona o centro que la reciba, y que entonces dejaría de estar protegida por la normativa federal. Entiendo que UVA Health no puede condicionar la prestación de asistencia sanitaria a que se divulguen copias a personas u organizaciones tal y como solicito información divulgada antes.
  (I understand that I may cancel this request with written notification but that it Will not affect any information released prior to notification of cancellation. I understand that the information disclosed may subject to re-disclosure by the person or facility receiving it, and would then no longer be protected by federal regulations, I understand that UVA Health may not condition its providing of Health care on whether copies to individuals or organizations are released as I request.)

_____ _____

FIRMA DEL PACIENTE O DEL REPRESENTANTE LEGAL
(Signature of Patient or Legal Representative of Patient)

Fecha
(Date)

_____

*Relación si no es el paciente**
(Relationship if not patient)

☐Doy fe de que el paciente carece de capacidad y soy su representante legal
(I attest that the patient lacks capacity and I am their legal representative)