

- 1 University of Kentucky A.B. Chandler Hospital
- 1 UK HealthCare Good Samaritan Hospital
- 1 UK HealthCare Ambulatory Services
- 1 UK Dental and Oral Health Clinics

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION (for Use and Disclosure) -
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN (Para Uso y Divulgación)**

Por favor, llene todas las secciones de lo contrario le será regresado el formulario.

Nombre del(a) paciente: _____ Número de seguro social: _____
 Dirección: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: _____

Modo de entrega: ROI+ CD Papel Permiso para discutir sus datos
 Revisar los datos en UK (debe sacar una cita) Recoger--número telefónico _____

Enviar la información de: <input type="checkbox"/> Todas las facilidades de UK Healthcare <input type="checkbox"/> Colegio de Odontología de UK <input type="checkbox"/> Salud para estudiantes en UK/Salud para empleados/Clinica de cuidados urgentes <input type="checkbox"/> Otro _____	Enviar la información a: un email (SOLAMENTE PARA ROI+) o dirección (si el nombre/dirección son diferentes a los de arriba) _____ _____ _____
--	---

Me gustaría tener los datos durante las siguientes fechas: _____ **a** _____
 (puede ser una fecha específica o más general, por ejemplo: 15 de julio, 2007, o junio 2006 a febrero 2007)

Por favor, marque los datos que usted desea:

Datos relacionados con (especifique): _____
 (ejemplos: accidente automovilístico o apendectomía)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta | <input type="checkbox"/> Reporte(s) de patología | <input type="checkbox"/> Reporte(s) de radiografía |
| <input type="checkbox"/> Reporte(s) sobre el examen para la detección de tuberculosis | <input type="checkbox"/> Reporte(s) de laboratorio | <input type="checkbox"/> Imágen(es) de radiografía |
| <input type="checkbox"/> Notas procedentes del servicio de emergencia | <input type="checkbox"/> Foto/video/otro | <input type="checkbox"/> Todos los archivos |
| <input type="checkbox"/> Vacunas | <input type="checkbox"/> Apuntes de los servicios ambulatorios | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Reportes quirúrgicos | <input type="checkbox"/> Reporte del examen psicológico | _____ |

Compartir los datos especialmente protegidos: Yo autorizo el que se comparta la siguiente información relacionada con:

- | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| a. El diagnóstico o tratamiento del SIDA, incluyendo los resultados de los exámenes VIH (el virus que causa el SIDA) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> N/A |
| b. El diagnóstico o tratamiento para la adicción a las drogas y/o al alcohol | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> N/A |
| c. El tratamiento y/o consultas para la salud mental o enfermedades siquiátricas | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> N/A |

Motivos por los cuales necesita dichos datos (marque todos los que apliquen):

Para otro médico u hospital Seguro social/Incapacidad Legal Uso personal Otro (especifique): _____

Esta autorización caducará el _____ (fecha). Al no asignar una fecha, la autorización se caducará a los 90 días.

- Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento a menos que dicha autorización se haya dado como requisito para obtener cobertura a través de un seguro. La revocación de esta autorización se tendrá que hacer por escrito al la Oficina de registros en la facilidad/lugar donde originalmente entregue/solicite esta autorización. Tal revocación se llevará a cabo con la excepción de la facilidad que ya haya divulgado la información descrita en esta autorización.
- Yo entiendo que el tratamiento, pago, y subscripción de cualquier plan de salud, o su elegibilidad a los beneficios no están condicionados al yo firmar esta autorización; sin embargo la facilidad podrá restringir la provisión del cuidado médico con el único propósito de crear alguna información medicamente protegida para ser divulgada al firmar esta autorización a un tercero. A su vez, la facilidad pueda otorgar las condiciones de proveer el tratamiento relacionado con estudios de investigación al firmar esta autorización.
- Yo entiendo que la información que se use o divulgue debido a esta autorización puede estar sujeta a ser divulgada de nuevo por el receptor y, posiblemente, ya no sea protegida por las leyes de privacidad. Adicionalmente, yo entiendo que la facilidad, sus empleados, oficiales y agentes se liberan de cualquier responsabilidad legal o relacionada con el uso y divulgación de la información arriba mencionada, tal como se ha indicado y autorizado.

YO HE LEÍDO Y ENTIENDO DICHA INFORMACIÓN. YO HE RECIBIDO UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO. YO SOY EL(LA) PACIENTE O ESTOY AUTORIZADO(A) PARA ACTUAR POR PARTE DEL PACIENTE PARA FIRMAR ESTE DOCUMENTO. ESTO VERIFICA LA AUTORIZACIÓN PARA USAR Y COMPARTIR LA INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE LA SALUD BAJO LAS CONDICIONES MENCIONADAS PREVIAMENTE.

Fecha/Date

Si el paciente no puede firmar, asegure el consentimiento del Representante legal e indique el motivo:

Menor de edad No está en capacidad Fallecido(a)

La prueba de la designación debe estar archivada en los datos o mandarse con esta petición

Firma del(a) paciente/Signature of the Patient

Firma del representante legal y su relación con el(a) paciente

Firma del testigo para los datos psiquiátricos

- 1 University of Kentucky A.B. Chandler Hospital
- 1 UK HealthCare Good Samaritan Hospital
- 1 UK HealthCare Ambulatory Services
- 1 UK Dental and Oral Health Clinics

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION (for Use and Disclosure) - AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN (Para Uso y Divulgación)

PARA LOS PACIENTES O PERSONAS DESIGNADAS POR EL SISTEMA LEGAL:

OBTENIENDO SU EXPEDIENTE MÉDICO:

Usted tiene el derecho a obtener una copia de su expediente médico. La ley requiere **un formulario, firmado, de autorización** el cual contiene ciertos criterios incluidos en este formulario. Este formulario debe **llenarse completamente** antes que cualquier información médica pueda divulgarse. Los formularios incompletos se les regresarán.

COSTOS

La ley en Kentucky permite que usted reciba **una copia gratuita** de su expediente médico. La copia gratuita es la pedida por usted para su uso personal o para un tercero. El costo, por hoja, de copias adicionales es de **\$1.00 por hoja**. **Se recomienda que usted mantenga una copia de cualquier información médica que ha pedido para prevenir costos adicionales, en el futuro, al obtener copias.**

¿CUANDO Y CÓMO OBTENDRÉ MIS EXPEDIENTES/DATOS?

Las peticiones serán completadas dentro de **30 días** de recibirlas. Usted será notificado por correo si no podemos procesar los expedientes en 30 días. Le entregarán los expedientes según indicado en la petición. Si usted recogerá sus expedientes, por favor note que solamente serán retenidos por **30 días** una vez se haya hecho la notificación que ya están listos para recogerlos. Si no los recoge dentro de **30 días de la fecha de la notificación**, las copias serán destruidas y tendrá que formular una nueva petición. Por favor incluya su número telefónico para que lo llamemos cuando pueda recoger los expedientes.

MANDAR SU FORMULARIO A

Mande un formulario completamente lleno a una de las siguientes direcciones:

- | | |
|--|---|
| 1) <u>University of Kentucky Hospital</u> (Hospital de la Universidad de Kentucky)
Release of Information Section
Health Information Management Dept.
Departamentos de archivos médicos
Room C601
800 Rose Street
Lexington, KY 40536-0293 | 4) <u>UK College of Dentistry</u> (Colegio de Odontología de UK)
Dental Records
800 Rose Street D-104
Lexington, KY 40536-0297 |
| 2) <u>UK HealthCare Ambulatory Services</u> (Servicios Ambulatorios UK HealthCare de UK)
Release of Information Section
Health Information Management Dept.
Room K003
740 S. Limestone St.
Lexington, KY 40508 -0284 | 5) <u>University Health Service</u>
(Incluye: UK Student Health / Employee Health / Urgent Care Clinic)
830 South Limestone
Medical Records, Oficina 115
Lexington, KY 40536-0582 |
| 3) <u>UK HealthCare Good Samaritan Hospital</u> (Hospital UK HealthCare Good Samaritan)
Release of Information Section
Health Information Management Dept.
Room B128
310 S. Limestone St.
Lexington, KY 40508-3008 | |

O mande por fax el formulario a:

Hospital de la University of Kentucky	(859) 323-6853
Servicios Ambulatorios UK HealthCare de UK	(859) 257-7228
Hospital UK HealthCare Good Samaritan	(859) 226-7037
Colegio de Odontología de UK	(859) 323-0271
University Health Service*	(859) 257-8708

*(Incluye: UK Student Health / Employee Health / Urgent Care Clinic)

Llame a UK Health Connection si tiene alguna pregunta:

Local (859) 257-1000
Gratuitamente (800) 333-8874