

Por favor, lea este formulario en su totalidad antes de completarlo. Esta versión tiene una fuente de 14 puntos según el Código Cal Civ §56.11. Todas las preguntas **negras oscuras** son obligatorias y los formularios incompletos no se pueden procesarse.

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **F. de Naci.:** \_\_\_\_\_  
**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Nº de cuenta:** \_\_\_\_\_  
**Dirección:** \_\_\_\_\_

Por el presente, autorizo a Coastal Cardiology que:

**La divulgación** (quien necesite récords)  **Que solicite** (quien tiene récords)

**Nombre:** \_\_\_\_\_  
**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Número de fax:** \_\_\_\_\_  
**Propósito para la solicitud:**  Cita de cuidado continuo \_\_\_\_\_  
 Seguros / Abogado  Uso personal  Otro: \_\_\_\_\_

**La siguiente información debe de ser revelada (por los últimos dos años):**

Últimas 2 notas del doctor y análisis de laboratorio, pruebas cardíacas o pulmonares  
 Consulta o Nota de progreso: \_\_/\_\_/\_\_  Grabadora o Holter: \_\_/\_\_/\_\_  
 Echo: \_\_/\_\_/\_\_  ECG: \_\_/\_\_/\_\_  Lab: \_\_/\_\_/\_\_  
 Informes hospitalarios: \_\_/\_\_/\_\_  Prueba de esfuerzo: \_\_/\_\_/\_\_  
 Otro: \_\_\_\_\_, \_\_/\_\_/\_\_

Entiendo que se pueden enviar digitalmente o por correo electrónico seguro para \_\_\_\_\_. Los archivos pueden incluir documentación de alcoholismo/drogas, enfermedades psiquiátricas o las enfermedades transmisibles.  Marque aquí para solicitar la exclusión de toda la información confidencial. Mi derecho a la atención de la salud no está condicionada a la autorización. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante la presentación de una solicitud por escrito a la dirección en la parte superior de esta forma, pero la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado. Si la persona o entidad que recibe esta información no está cubierta por las regulaciones federales de privacidad, esta información no estará protegida y puede ser divulgada. Esta autorización vence un (1) año después de su firma. Es posible que haya un cargo por solicitud de registros médicos (vea el reverso). Una copia de esta autorización es válida como el original y tengo derecho a una copia.

➡ **Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

➡ **Si usted no es el paciente, se requiere documentación de la firma autorizada.**

**Escriba su nombre** \_\_\_\_\_ **e indicar su relación:**  Padre/Guardián  
 Beneficiario/Representante/Conservador  Otro: \_\_\_\_\_

USO INTERNO SOLAMENTE:

Received by \_\_\_\_\_  Patient Picking Up \_\_\_\_\_  Mail to Patient  Given to Patient  
Print name Date

**Guía para pacientes acceso a los archivos médicos**

Sección 123.100-123149,5 de la Salud y Seguridad de California establece que cualquier adulto, cualquier paciente menor de edad autorizado por ley para dar su consentimiento para el tratamiento al que corresponde el registro o representantes de cualquier paciente tiene derecho a inspeccionar el expediente del paciente u obtener copias.

1. El Departamento de Archivos Médicos se encargará de responder a todas las peticiones de acceso de los pacientes.
2. El personal de Archivos Médicos no tratará de explicar o interpretar cualquier cosa en el registro.
3. La petición debe hacerse por escrito, debe proporcionar información suficiente para identificar al paciente e incluir el pago correspondiente.
4. Las copias se completarán dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de una solicitud escrita válida. La solicitud debe especificar los registros deseados.
5. Inspección puede ser llevada a cabo por cita durante horas de oficina (9:00 am-4: 00 pm) de lunes a viernes, excepto días festivos.
6. Inspección se llevará a cabo bajo la supervisión visual directa del Supervisor de Registros Médicos.
7. Esfuerzos razonables para establecer la identidad del paciente o del representante del paciente se realizarán antes de la inspección. Las personas que solicitan el acceso como tutores o curadores deben presentar copias de la documentación para demostrar la autoridad.
8. Una persona puede acompañar al paciente o su representante durante la inspección.
9. Los registros sólo estarán disponibles para su inspección por parte del paciente o del representante del paciente dentro de los cinco (5) días siguientes a la recepción de una solicitud escrita de trabajo.
10. Resumen opción puede ser ejercida sobre la discreción del médico.
11. Los registros médicos enviados directamente a otro médico son una cortesía.

|  |                             |
|--|-----------------------------|
| Secretarial                                  | \$16.00 (\$4.00 per ¼ hora) |
| Inspección                                   | \$ 5.00                     |
| Reproducción por página                      | \$ .25                      |
| Estudio de Imágenes o en formato electrónico | \$25.00                     |
| Franqueo                                     | Costo Actual                |