

- 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 se le puede devolver el formulario.

Nombre del(a) paciente: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_  
 Patient Name Social Security Number

Dirección: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Address Date of Birth

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
 City State Zip Code Phone Number

**Modo de entrega:**

- MyChart  CD  Papel  Revisar los datos en UK (debe sacar una cita)  
 My Chart CD Paper Review records at UK (must make an appointment)
- Otro \_\_\_\_\_  Recoger--número telefónico \_\_\_\_\_  
 Other Pick-up - Phone Number

<p><b>Enviar la información de:</b> Send information from</p> <p><input type="checkbox"/> Todas las instalaciones de UK Healthcare UK HealthCare facilities</p> <p><input type="checkbox"/> Facultad de Odontología de UK UK College of Dentistry</p> <p><input type="checkbox"/> Servicios de salud de UK (Incluye: para estudiantes de UK/ para empleados de UK/ Clínica de cuidados urgentes) University Health Service (Includes: UK Student Health/Employee Health/Urgent Care)</p> <p><input type="checkbox"/> Otro _____ Other</p>	<p><b>Enviar la información a: un correo electrónico (SOLAMENTE PARA el uso de MyChart) o dirección (si el nombre/dirección son diferentes a los de arriba).</b> Send the information to: email address (for MyChart USE ONLY) or address (if name.address is different from above).</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	---

**Me gustaría obtener los expedientes de las siguientes fechas:** \_\_\_\_\_ **a** \_\_\_\_\_  
 I would like records from the following dates: \_\_\_\_\_ through \_\_\_\_\_

(puede ser una fecha específica o más general, por ejemplo: 15 de julio, 2007, o junio 2006 a febrero 2007)  
 (This can be a very specific date or more general. Examples: July 15,2007 or June 2006-Feb 2007)

**Por favor, marque la información que usted desea:**

Please check the records you would like:

- Documentación relacionada con (especifique): \_\_\_\_\_  
 Records related to (specify): (ejemplos: accidente automovilístico o apendectomía) (Examples: car accident or appendectomy)
- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta<br>Discharge Summary   | <input type="checkbox"/> Reporte(s) de patología<br>Pathology Report(s)    | <input type="checkbox"/> Reporte(s) de radiografía<br>X-ray Reports    |
| <input type="checkbox"/> Reporte(s) sobre el examen para la detección de tuberculosis<br>TB Screening | <input type="checkbox"/> Reporte(s) de laboratorio<br>Laboratory Report(s) | <input type="checkbox"/> Imágen(es) de radiografía<br>X-ray Images     |
| <input type="checkbox"/> Notas procedentes del servicio de emergencia<br>ER Notes                     | <input type="checkbox"/> Foto/video/otro<br>Photo/Video/Other              | <input type="checkbox"/> Todos los archivos<br>All Records             |
| <input type="checkbox"/> Vacunas<br>Immunization Record   | <input type="checkbox"/> Reportes quirúrgicos<br>Surgery Reports           | <input type="checkbox"/> Reportes de Investigación<br>Research Records |
| <input type="checkbox"/> Notas de los servicios ambulatorios<br>Outpatient Notes                      | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____<br>Other (Specify):     |  |

**Compartir documentos con protección especial: Yo autorizo que se comparta la siguiente información relacionada con:**

Sharing of Special Protected Records: I authorize the sharing of information about:

- |  |   |
|--|---|
| <p>a.El diagnóstico o tratamiento del SIDA, incluyendo los resultados de los exámenes VIH (el virus que causa el SIDA)<br/>The diagnosis or Treatment of AIDS, including the results of HIV tests (the virus that causes AIDS)</p> | <input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No <input type="checkbox"/> N/A N/A |
| <p>b.El diagnóstico o tratamiento para la adicción a las drogas y/o el abuso de alcohol<br/>The diagnosis or Treatment of drug and /or alcohol abuse</p>   | <input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No <input type="checkbox"/> N/A N/A |
| <p>c.El tratamiento y/o consultas para la salud mental o enfermedades psiquiátricas<br/>The Treatment and/or consultation for mental health or psychiatric disorders</p>   | <input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No <input type="checkbox"/> N/A N/A |



- 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 DESIGNADOS LEGALES:**

#### **DATOS PARA LA OBTENCIÓN DE SU EXPEDIENTE MÉDICO:**

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

#### **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 de copias adicionales será de **\$1.00 por hoja**. **Se recomienda que usted guarde una copia de cualquier información médica que ha pedido para evitar costos futuros para obtener copias adicionales.**

#### **¿CUANDO Y CÓMO OBTENDRÉ MIS EXPEDIENTES?**

Las solicitudes serán completadas dentro de los **30 días** posteriores a la recepción. Usted será notificado por correo si no podemos procesar los expedientes en 30 días. Le entregarán los expedientes de acuerdo con lo indicado en la petición. Si usted va a recoger sus expedientes, por favor note que solo se retendrán por **30 días** una vez se le haya hecho la notificación que ya están listos para recogerlos. Si no se recogen dentro de los **fecha de la notificación**, las copias serán destruidas y tendrá que someter una nueva petición. Por favor incluya su número telefónico para que lo llamemos cuando ya pueda recoger los expedientes.

#### **MANDAR SU FORMULARIO A**

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

1) University of Kentucky Hospital (Hospital de la Universidad de Kentucky)

UK HealthCare Ambulatory Services

UK HealthCare Good Samaritan Hospital

Release of Information Section

Health Information Management Dept.

2333 Alumni Park Plaza

Oficina 110

Lexington, KY 40517

Teléfono (859) 323-5117

2) UK College of Dentistry

Dental Records

800 Rose Street D-104

Lexington, KY 40536-0297

3) University Health Service

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

830 South Limestone

Medical Records, Oficina 115

Lexington, KY 40536-0582

Teléfono (859) 218-3211

**O mande por fax el formulario a:**

**University of Kentucky Hospital,**

**(859) 218-7658**

**UK HealthCare Ambulatory Services, UK**

**HealthCare Good Samaritan**

**Colegio de Odontología de UK**

**(859) 323-0271**

**University Health Service\***

**(859) 257-8708**

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

**Llame a UK Health Connection si tiene alguna pregunta:**

Local (859) 257-1000

Gratuitamente (800) 333-8874