

- 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>Enviar la información de: 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>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). 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 Discharge Summary | <input type="checkbox"/> Reporte(s) de patología Pathology Report(s) | <input type="checkbox"/> Reporte(s) de radiografía X-ray Reports |
| <input type="checkbox"/> Reporte(s) sobre el examen para la detección de tuberculosis TB Screening | <input type="checkbox"/> Reporte(s) de laboratorio Laboratory Report(s) | <input type="checkbox"/> Imágen(es) de radiografía X-ray Images |
| <input type="checkbox"/> Notas procedentes del servicio de emergencia ER Notes | <input type="checkbox"/> Foto/video/otro Photo/Video/Other | <input type="checkbox"/> Todos los archivos All Records |
| <input type="checkbox"/> Vacunas Immunization Record | <input type="checkbox"/> Reportes quirúrgicos Surgery Reports | <input type="checkbox"/> Reportes de Investigación Research Records |
| <input type="checkbox"/> Notas de los servicios ambulatorios Outpatient Notes | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ 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:

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

Razones por las cuales necesita dichos documentos (marque todos los que apliquen):

Reason records are needed (Check all that apply):

- Para mi atención médica Seguro Social/Incapacidad Legal Uso personal
 For my care Social Security/disability Legal Personal Use
- Otro (especifique): _____
 Other (specify): _____

Esta autorización caducará el _____ (fecha).

This authorization will expire on _____ (date).

Si no se especifica una fecha, la Autorización caducará a los 90 días.

If no date is included the Authorization will expire in 90 days.

- 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 someter por escrito a la Oficina de Registros en la instalación/lugar donde originalmente entregué/solicité esta Autorización y tal revocación será efectiva excepto en la medida que la instalación ya haya utilizado o divulgado la información en virtud de esta autorización.
- Además, entiendo que el pago del tratamiento, suscripción a cualquier plan de salud, o elegibilidad a los beneficios no están condicionados a la firma de esta Autorización; sin embargo, la instalación puede restringir la provisión de atención médica con el único propósito de crear información medicamente protegida para ser divulgada a un tercero al yo firmar esta autorización. A su vez, la instalación pueda restringir la provisión de tratamiento relacionado con estudios de investigación al yo firmar esta autorización.
- Yo entiendo que la información utilizada o divulgada en conformidad con esta autorización puede estar sujeta a ser divulgada nuevamente por el receptor y puede ya no estar protegida por las leyes de privacidad. Adicionalmente, yo entiendo que la instalación, sus empleados, oficiales y agentes están exentos de cualquier responsabilidad legal o relacionada con el uso y divulgación de la información arriba mencionada, tal como se ha indicado y autorizado.
- La regulación Federal 42 CFR parte 2 prohíbe la divulgación no autorizada de estos documentos.
- Si los documentos que se reproducen debido a esta solicitud incluyen resultados de VIH o SIDA, esa información ha sido revelada al destinatario de documentos cuya confidencialidad está protegida por las leyes estatales. La ley estatal prohíbe que el destinatario haga más divulgaciones de dicha información sin el consentimiento por escrito de la persona a la cual se refiere dicha información, o como sea de otra manera permitido por la ley estatal. Una autorización generalizada para la divulgación de datos médicos NO es suficiente para este propósito.

YO HE LEÍDO Y ENTIENDO DICHA INFORMACIÓN. YO HE RECIBIDO UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO Y SOY EL(LA) PACIENTE O ESTOY AUTORIZADO(A) PARA ACTUAR POR PARTE DEL PACIENTE PARA FIRMAR ESTE DOCUMENTO QUE 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:

If patient is unable to sign, secure consent of Legal Representative and indicate reason below

- Menor de edad Fallecido(a)
 Minor Deceased
- No está en capacidad
 Incompetent

Firma del(a) paciente/Signature of the Patient

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

Signature of Legal Representative and Relationship to Patient

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

Proof of designation must be filed in the chart or sent with this request

Name & ID number of Interpreter, if applicable Date

- 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

770 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