

Patient Label

UCI Health

***Hospital & Clinic staff:**

Affix patient label here. If providing records to the patient, update the Staff Use section of the form and update Quick Disclosure.

AUTHORIZATION TO RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION

Patient Information	Patient Name		Nickname/Maiden/Other	
	Address/City/State/Zip			
	Date of Birth	Last 4 of SSN#	Phone	
	____/____/____	_____	_____	
Record Holder: <i>Who has the information you want released?</i>	<input type="checkbox"/> UC Irvine Health <input type="checkbox"/> Other: _____			
	Address/City/State/Zip			
	Phone	Fax (Urgent Patient Care only)		
Release Records to: <i>Where do you want records sent?</i> <i>Who do you want to receive records?</i>	Name of Hospital/Clinic/Person			
	Street Address/City/State/Zip			
	Phone	Fax (Urgent Patient Care only)		
Purpose:	<input type="checkbox"/> Continued Care - Appointment Date (if known): ____/____/____			
	<input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Insurance <input type="checkbox"/> Disability Other (please specify): _____			
Health Information to be Released: <i>What do you want sent or released?</i>	Routine Record Sets - For dates of service _____			
	<input type="checkbox"/> Hospital Stay (History and physical, operative report, discharge summary, progress notes, lab, radiology reports)			
	<input type="checkbox"/> Clinic visit (office notes, procedure notes, operative notes, lab, diagnostic and radiology results)			
	<input type="checkbox"/> UCI On Call Virtual Visit			
<input type="checkbox"/> Other Records - Please Specify Type: _____				
<input type="checkbox"/> Billing Records <input type="checkbox"/> Emergency Room Visit <input type="checkbox"/> Radiology Images (only)				
Delivery Method: (please select one) <input type="checkbox"/> Mail -or- <input type="checkbox"/> Pick-up -or- <input type="checkbox"/> MyChart -or- <input type="checkbox"/> Email _____** (see bottom of page 2 for email limitation)				
Sensitive Information:	Sensitive information WILL NOT BE RELEASED unless you tell us to by initialing below:			
	_____	Drug & Alcohol abuse treatment records		
	_____	Mental Health/Psychiatric treatment records		
	_____	HIV Test Results		
	_____	Genetic Test Results		



81610

Patient Label

UCI Health

***Hospital & Clinic staff:**

Affix patient label here. If providing records to the patient, update the Staff Use section of the form and update Quick Disclosure.

AUTHORIZATION TO RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION

Authorization	<p>I understand this authorization is voluntary. Treatment, payment enrollment or eligibility for benefits may not be conditioned on signing this authorization except if the authorization is for: 1) conducting research-related treatment, 2) to obtain information in connection with eligibility or enrollment in a health plan, 3) to determine an entity's obligation to pay a claim, or 4) to create health information to provide to a third party.</p> <p>I understand this authorization may be revoked in writing at any time except to the extent that action had been taken in reliance on this authorization. Unless otherwise revoked this authorization will expire 12 months after the date of signing this form.</p> <p>I have the right to receive a copy of this authorization.</p>				
<p>_____ Signature of Patient or Authorized Representative</p>		<p>_____ Print Name</p>		<p>_____ Date</p>	<p>_____ Time</p>
<p>_____ Relationship (If signed by other than Patient)</p>		<p>If Interpreted: Signature OR ID of Interpreter <input type="checkbox"/> Telephone <input type="checkbox"/> Video</p>		<p>_____ Date</p>	<p>_____ Time</p>
*Staff Use	<p>Info Released By: _____</p>		<p>On Date: _____</p>		

To protect our patient's confidential medical information we must have a valid, complete and legible authorization to disclose their health information.

All sections of this authorization must be completely filled out before UC Irvine Health is permitted to disclose your protected health information.

Notice: UC Irvine Health and many other organizations and individuals such as physicians, hospitals and health plans are required by law to keep your health information confidential. If you have authorized the disclosure of your health information to someone who is not legally required to keep it confidential, it may no longer be protected by state or federal confidentiality laws.

Revocation: A revocation/cancellation of this authorization can be provided at any time in writing to:

UC Irvine Health - Health Information Management - 101 The City Dr, Rt 118, Bldg 25A, Orange, CA 92868

Patient's Rights: Under California Health and Safety Code any adult patient, a minor patient authorized by law to consent to his or her own treatment, or the patient's legal representative (i.e., a parent, guardian, conservator, or personal representative of a deceased patient) has a right to access the clinical record. As per Section 123110, if the patient or representative requests to inspect the record, the request to inspect must be in writing and the record must be made available during regular business hours within five (5) working days after the request is received. If the patient wants a copy of all or part of the record, the request for copies must be in writing, and copies must be provided within fifteen (15) days after receiving the request. Under the code, providers may recover up to \$0.25 per page for the cost of copying the record, as well as, the reasonable cost for locating the record and making the record available.

Medical Record Fees: There is no charge for records to be sent to another health care provider. Records released directly to the patient or an authorized family member may be subject to charges; the first 20 pages are at no cost and after the 20th page there will be a charge of \$0.25 per page.

Radiology Image Fees: The first copy is free of charge, \$25.00 due for each additional copy unless for a provider.

****PLEASE NOTE:** Only the three (3) most recent studies can be mailed electronically (email).



***Hospital & Clinic staff:**

Affix patient label here. If providing records to the patient, update the Staff Use section of the form and update Quick Disclosure.

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR
INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Información del paciente	Nombre del paciente		Apodo/Nombre de soltera/Otro nombre	
	Dirección/Ciudad/Estado/Código postal			
	Fecha de nacimiento	Últimos 4 dígitos del NSS	Teléfono	
	____/____/____			
Titular del expediente: <i>¿Quién tiene la información que quiere que divulguen?</i>	<input type="checkbox"/> UC Irvine Health <input type="checkbox"/> Otro: _____			
	Dirección/Ciudad/Estado/Código postal			
	Teléfono:		Fax (solo para Atención de paciente urgente)	
Divulgar los expedientes a: <i>¿A dónde desea que envíen los expedientes?</i> <i>¿Quién desea que reciba los expedientes?</i>	Nombre del hospital/Clínica/Persona			
	Dirección/Ciudad/Estado/Código postal			
	Teléfono:		Fax (solo para Atención de paciente urgente)	
Propósito:	<input type="checkbox"/> Atención continua - Fecha de la cita (si se conoce): ____/____/____			
	<input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Incapacidad			
Información médica a divulgar: <i>¿Qué quiere que se envíe o divulgue?</i>	Grupos de expedientes de rutina - Para las siguientes fechas en que se prestó servicio: _____			
	<input type="checkbox"/> Estadía hospitalaria (antecedentes y exámenes físicos, informes de cirugía, resumen del alta, notas de progreso, informes de laboratorio y radiología)			
	<input type="checkbox"/> Visita clínica (notas de consultorio, notas de procedimiento, notas de cirugía, laboratorios, diagnósticos y resultados de radiología)			
	<input type="checkbox"/> Otros expedientes - <i>Especifique el tipo:</i> _____			
<input type="checkbox"/> Registros de facturación <input type="checkbox"/> Visita a la Sala de emergencias <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología (solamente)				
Método de entrega: (seleccione una opción) <input type="checkbox"/> Correspondencia -o- <input type="checkbox"/> Recogida o-				
<input type="checkbox"/> MyChart -o- <input type="checkbox"/> Correo electrónico _____** (consulte la parte inferior de la página 2 en el caso de limitación de correo electrónico)				
Información confidencial:	La información confidencial NO SE DIVULGARÁ, a menos que nos lo indique colocando sus iniciales a continuación:			
	_____ Expedientes sobre el tratamiento por abuso de drogas y alcohol			
	_____ Expedientes sobre tratamiento de salud mental/psiquiátrico			
	_____ Resultados de pruebas de VIH			
	_____ Resultados de prueba genética			



***Hospital & Clinic staff:**

Affix patient label here. If providing records to the patient, update the Staff Use section of the form and update Quick Disclosure.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Autorización	<p>Comprendo que la presente autorización es voluntaria. El tratamiento, la inscripción para el pago y la elegibilidad para los beneficios no estarán condicionados a la firma de esta autorización, a menos que la autorización sea para: 1) llevar a cabo tratamiento relacionado con una investigación, 2) obtener información en relación con la elegibilidad o la inscripción a un plan de salud, 3) determinar la obligación de una entidad de pagar un reclamo, o 4) generar información médica para proporcionar a un tercero.</p> <p>Comprendo que esta autorización se puede revocar por escrito en cualquier momento, a menos que se hayan tomado medidas respecto de esta autorización. A menos que esta autorización se revoque, vencerá 12 meses luego de la fecha en que se firme este formulario.</p>				
<p>_____</p> <p>Firma del paciente o del representante autorizado</p>		<p>_____</p> <p>Nombre en letra de imprenta</p>		<p>_____</p> <p>Fecha</p>	<p>_____</p> <p>Hora</p>
				A. M./P. M.	
<p>_____</p> <p>Relación (Si firma otra persona que no sea el paciente)</p>		<p>Si se recurrió a un intérprete: Firma o bien ID del intérprete</p>	<p>Idioma <input type="checkbox"/> Teléfono</p>	<p>Fecha <input type="checkbox"/> Video</p>	<p>_____</p> <p>Hora</p>
				A. M./P. M.	
*Staff Use	<p>Info Released By: _____</p>		<p>On Date: _____</p>		

Para proteger la información médica confidencial del paciente, debemos tener una autorización válida, completa y legible para divulgar su información médica.

Todas las secciones de esta autorización se deben completar en su totalidad antes de que se le permita a UC Irvine Health divulgar su información médica protegida.

Aviso: Se exige por ley que UC Irvine Health y muchas otras organizaciones e individuos como médicos, hospitales y planes mantengan su información médica de forma confidencial. Si ha autorizado la divulgación de su información médica a una persona que no está legalmente obligada a mantenerla confidencial, es posible que dicha información ya no esté resguardada por las leyes de confidencialidad estatales o federales.

Revocación: Se puede proporcionar una revocación/cancelación de esta autorización en cualquier momento por escrito a:
UC Irvine Health - Health Information Management - 101 The City Dr, Rt 118, Bldg 25A, Orange, CA 92868

Derechos del paciente: De conformidad con el Código de Salud y Seguridad de California (California Health and Safety Code), cualquier paciente adulto, un paciente menor autorizado por ley paradar consentimiento para su propio tratamiento o el representante legal del paciente (es decir, el padre/la madre, el tutor, el curador o el representante personal de un paciente fallecido) tienen derecho a acceder al expediente clínico. Según la Sección 123110, si el paciente o el representante solicita inspeccionar el expediente, dicha solicitud debe ser por escrito y el expediente debe ponerse a disposición durante el horario regular de atención dentro de los (5) días hábiles luego de haber recibido la solicitud. Si el paciente desea una copia de todo o parte del expediente, la solicitud para dichas copias se debe hacer por escrito y las copias se deben proporcionar dentro de los quince (15) días de haber recibido la solicitud. De conformidad con el código, los proveedores pueden recuperar hasta \$0.25 por página en concepto de costo de copias del expediente, así como el costo razonable de localizar el expediente y de ponerlo a disposición.

Tarifas relacionadas con el expediente médico: No existen cargos por los expedientes que se envían a otro proveedor de atención médica. Los registros que se divulguen directamente al paciente o a un familiar autorizado pueden estar sujetos a un cargo; las primeras 20 páginas no tienen costo y luego de la página número 20 se cobrará un cargo de \$0.25 por página.

Tarifas relacionadas con imágenes radiológicas: La primera copia no tiene cargo; se cobrarán \$25.00 por cada copia adicional, a menos que sea una copia para un proveedor.

****PARA TENER EN CUENTA:** Solo los tres (3) estudios más recientes se pueden envían de forma electrónica (por correo electrónico).