

**Sección A: Identificación del paciente (Requerida)**

Nombre del paciente:	Sexo:	Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:
Dirección:		Número de teléfono:	
Si lo solicita un representante legal u otra personal incluya el nombre y vínculo:			

**Sección B: Solicitud de inspección y/o copia de su información médica**

Tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de su información médica mientras que mantengamos dicha información en nuestros registros, con ciertas excepciones limitadas.

Para presentar una solicitud, por favor complete la siguiente información:

Indique su preferencia:  Visitaré el hospital para inspeccionar los registros  
 Pasaré a buscar las copias solicitadas  
 Por favor envíenme por correo las copias solicitadas a la dirección que aparece arriba

En determinadas circunstancias, podemos denegar su solicitud de inspeccionar y/o copiar su información médica. Si se le niega acceso, puede solicitar que la negativa sea reconsiderada. Las instrucciones para el proceso de reconsideración estarán incluidas junto con cualquier negativa.

Existen honorarios relacionados con la copia y el envío postal de registros.

**Sección C: Permiso de divulgación de información médica (completar solamente si la divulgación se hace a alguien que no sea usted o su representante legal o personal)**

Por la presente autorizo a  Mission Hospital (MH)  CHOC Children's (CC)  Mission Hospital Laguna Beach (MHLB) proporcionar una copia de mi información médica a la persona u organización especificada a continuación:

Se recogerán  Se enviarán a la dirección indicada más abajo  Se enviarán por fax a:

Persona, agencia u organización:	Dirección:
----------------------------------	------------

1. Comprendo que puedo rehusarme a firmar este permiso y que ni MH ni CC ni MHLB pueden hacer la firma del mismo una condición para mi tratamiento. Comprendo que si autorizo la divulgación de información a alguien que no esté obligado por ley a mantenerla confidencial, el destinatario puede compartirla nuevamente, y ésta puede dejar de estar protegida.

2. Comprendo que este permiso entra en vigencia inmediatamente, y seguirá vigente hasta \_\_\_\_\_ (indique la fecha, pero la misma no puede ser posterior a los seis meses siguientes de la fecha de este permiso). Comprendo que tengo derecho a recibir una copia

de este permiso. Me reservo el derecho a retirar o revocar este permiso por escrito en cualquier momento, excepto en lo referente a información que MH, CC, o MHLB ya hayan compartido.

Para retirar o revocar este permiso, presente una solicitud por escrito a la oficina de historial médico.

Mission Hospital:

- Dirección: 27700 Medical Center Road, Mission Viejo, CA 92691
- Llame al (949) 364-7724 para obtener más información e instrucciones

Mission Hospital Laguna Beach:

- Dirección: 31872 Coast Highway, Laguna Beach, CA 92651
- Llame al (949) 499-7208 para obtener más información e instrucciones

**Sección D: Información médica a acceder o compartir *(debe ser completada por todos los solicitantes)***

1. El acceso o la divulgación están limitados a los siguientes componentes de mi información médica:

Historial Médico:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta hospitalaria          | <input type="checkbox"/> Historial y examen físico                    |
| <input type="checkbox"/> Registro de vacunación                | <input type="checkbox"/> Notas de progreso del paciente hospitalizado |
| <input type="checkbox"/> Informe operatorio                    | <input type="checkbox"/> Informe de consulta                          |
| <input type="checkbox"/> Expedientes de la sala de emergencias | <input type="checkbox"/> Informe de patología                         |
| <input type="checkbox"/> Informe de radiología (rayos X)       | <input type="checkbox"/> Notas del paciente no hospitalizado          |
| <input type="checkbox"/> Informes de análisis clínicos         | <input type="checkbox"/> Notas de enfermeras                          |

Otros Expedientes:

- Placas o imágenes de radiología [La solicitud será remitida al Archivo de Placas para su procesamiento. Si tiene alguna pregunta, por favor llame al (949) 364-7709 (Mission Hospital) o (949) 499-1311 x3612 (Mission Hospital Laguna Beach)]
- Expedientes de facturación [La solicitud será remitida al Departamento de Facturación para su procesamiento. Si tiene alguna pregunta, por favor llame al (949) 365-2197]
- Otros (indique): \_\_\_\_\_

2. El acceso o la divulgación se limitan a lo siguiente:

- Tipo de Información (condición médica específica): \_\_\_\_\_
- Desde (fecha) \_\_\_\_\_ hasta (fecha) \_\_\_\_\_

3. Para acceder o compartir la siguiente información médica restringida, escriba sus iniciales en los espacios correspondientes:

\_\_\_\_\_ Resultados de pruebas de VIH \_\_\_\_\_ Abuso de drogas o alcohol  
\_\_\_\_\_ Salud psiquiátrica o mental (se requiere aprobación interna adicional)

4. El propósito del acceso o la divulgación solicitada: Pedido del paciente  Otro: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si la firma no es del paciente, indique vínculo: \_\_\_\_\_

Si se utilizó un intérprete: \_\_\_\_\_

Firma del intérprete      Nombre en letra de imprenta      Puesto o vínculo con el paciente

**SOLO PARA USO DEL HOSPITAL**

**Completed by:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**PERMISO PARA LA DIVULGACIÓN  
DE INFORMACIÓN MÉDICA**

PATIENT I.D. AREA – Do not write in this space