

Apellido del paciente _____	Primer nombre: _____	Segundo nombre: _____
Otros nombres usados: _____	Fecha de Nacimiento: _____	
Dirección: _____	Ciudad: _____	Estado: _____
Núm. de teléfono de casa: (____) _____	Núm. alternativo: (____) _____	Código postal: _____
Si es un estudiante actualmente matriculado/a en OU, fechas de matriculación: _____ a _____		

- Yo solicito que la información de salud (o, si soy un estudiante, mis registros de tratamientos/registros de educación) seleccionada enseguida de, (fecha) _____ a (fecha) _____ mantenida o creada por el Proveedor nombrado abajo sea divulgada al Receptor también nombrado.

- Ponga sus iniciales aquí si la información de sus registros también puede ser divulgada **verbalmente** al siguiente receptor: _____

Propósito de la solicitud: ☐ referencia ☐ legal ☐ traslado ☐ otro: _____

Los registros de los cuales he solicitado acceso o una copia son:

- ☐ El expediente de salud completo*
Excluye los registros de facturación/Notas y Psicoterapia

- ☐ El expediente de salud completo más los registros de facturación/Notas *
Excluye notas de psicoterapia *

- ☐ Notas de psicoterapia * si marca esta caja, ninguna otra caja puede ser marcada. Una copia de este formulario separada se debe de completar para obtener cualquier otro tipo de registros.)

☐ solo estas porciones de mi registro:

- ☐ Reportes/Imágenes de los rayos X ☐ Registro de vacunación ☐
Medicamentos ☐ Ordenes
☐ Resúmenes del alta ☐ Formulario de admisión ☐ Ingreso/Alta ☐ Laboratorio de cateterismo
☐ Información quirúrgica ☐ Patología/Reportes de laboratorio ☐ Reportes de transcripción ☐ Exámenes
☐ Información de la Sala de Emergencia ☐ Todos los reportes de facturación ☐
Formulario UB-04 ☐ Factura detallada

☐ Otro: _____

*La información autorizada para la divulgación puede incluir información relacionada a la salud mental. La divulgación de los registros de la salud mental o notas de psicoterapia pueden requerir el consentimiento del proveedor de tratamiento o una orden judicial.

La entidad cubierta autorizada de divulgar los registros (marque todos los que apliquen):

- ☐ **OU Medicine (clínicas ambulatorias, sala de emergencia, clínicas ambulatorias de OU Physicians de OKC)** - OU Health University of Oklahoma Medical Center, OU Medical Center Edmond, OU Health Stephenson Cancer Center, Oklahoma Children's Hospital OU Health, Breast Health Network, OU Health Physicians Oklahoma City, OU Health Harold Hamm Diabetes Center
- ☐ **University of Oklahoma Health Sciences Center (clínicas ambulatorias de la Universidad, clínicas ambulatorias de OU Physicians Tulsa)** - OU Health Physicians Tulsa, John W. Keys Speech and Hearing Center, OUHSC College of Dentistry Clinics, OUHSC College of Pharmacy

Divulgación de los registros del proveedor/especialidad/clínica:			Proveer los registros al receptor:		
<input type="checkbox"/> Cualquier proveedor/especialidad/clínica			<input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Otro		
<input type="checkbox"/> Proveedor específico/especialidad/clínica (complete enseguida)			Nombre: _____		
Nombre: _____			Dirección: _____		
Dirección: _____			Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____
Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____	Fax: _____		Núm. de teléfono: _____

Yo entiendo:

- Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento si entrego mi revocación escrita a la dirección al final de este formulario o como se estipula en la Notificación de Privacidad de Prácticas. Mi revocación no aplicará a información ya retenida, usada o divulgada bajo esta Autorización. A menos de que se revoque antes, la fecha de expiración automática de esta Autorización será _____ meses de la fecha de la firma (12 meses, si no se fija fecha).
- A menos de que el propósito de esta Autorización sea para determinar el pago de un reclamo o beneficios, OU Health tal vez no condicione la provisión del tratamiento o pago de mi cuidado al firmar esta Autorización.
- La información utilizada o divulgada bajo esta Autorización puede ser sujeta a la re-divulgación por el receptor y ya no será protegida por la ley federal de privacidad. Los registros de tratamiento/educación del estudiante pueden retener una continua protección de privacidad de acuerdo con 34 CFR Parte 99 (FERPA).
- LA INFORMACIÓN AUTORIZADA PARA LA DIVULGACIÓN PUEDE INCLUIR REGISTROS QUE PUEDEN INDICAR LA PRESENCIA DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE O UNA ENFERMEDAD NO TRANSMISIBLE.**
- La información autorizada para divulgarse puede incluir el registro de un trastorno por consumo de sustancias. Esta categoría de información/registros médicos es protegida por normas de confidencialidad Federales (42 CFR Parte 2). Una autorización general para la divulgación de información médica u otra no es suficiente para este propósito. Como resultado, al firmar abajo, yo específicamente autorizo tales registros incluyendo mi información de salud para que sea divulgada. Las normas Federales restringen cualquier uso de la información para investigar criminalmente o enjuiciar a cualquier paciente que abuse del alcohol o las drogas. Las normas Federales prohíben a cualquier receptor de esta información o registro de hacer más divulgaciones a menos de que otra divulgación sea expresamente permitida por medio de una autorización escrita por la persona a quien corresponda o sea de otra manera permitido por 42 CFR Parte 2.

- Los costos pueden ser registrados de acuerdo con la Ley de Oklahoma 76 Ley de Oklahoma § 19 y Norma Federal 45 C.F.R. §164.524. Yo estoy de acuerdo que los costos de los registros pueden ser requeridos **antes** que los registros sean divulgados.

☐ El receptor recogerá las copias de mi registro cuando le llamen

☐ Envíe las copias de mi registro a la dirección del Receptor arriba.

☐ Envíe mis registros por Fax al Receptor : (____)

☐ Otro (si está disponible): _____

☐ Yo entiendo que la seguridad del correo electrónico no se puede garantizar y que los individuos no autorizados pueden acceder al mensaje. Yo entiendo que la información que se mande por medio de comunicación electrónica puede indicar la presencia de una enfermedad transmisible o una no transmisible, registros de salud mental o registros de trastornos de uso de sustancias. Es mi responsabilidad de notificar a OU si mi correo electrónico cambia después de someter este formulario. **Yo entiendo y estoy de acuerdo con las declaraciones anteriores y deseo que mis registros los manden al Receptor por correo electrónico al:** _____@_____.

Firma del paciente, Padre/Madre, o Representante autorizado legal**

**Se le puede pedir un comprobante de su estatus como representante

Relación al paciente

Fecha

OU Medicine, Hospital Privacy Official, 700 NE 13th St., Oklahoma City, OK 73104 (405) 271-5920

University of Oklahoma Health Sciences Center, University Privacy Official, PO Box 26901, Oklahoma City, OK 73129 (405) 271-2511 oucompliance@ouhsc.edu