



150000



Autorización a los Servicios de Información de UVA Health para Revelar Información Médica

Authorization for UVA Health Information Release of Medical Information

Si solicita registros de trastornos por consumo de sustancias sujetos a 42 CFR Parte 2, éstos no se proporcionarán en respuesta a una solicitud general de divulgación de registros médicos. Se requiere una autorización por separado para la Divulgación de Registros Confidenciales de Salud del Paciente con Trastorno por Uso de Sustancias (SUD), para acceder a esos registros".

NOT to be utilized to obtain records from other facilities, for verbal conversation or outside of UVA Health Information

To request substance use disorder records subject to 42 CFR Part 2, you must complete the

Disclosure of Confidential Substance Use Disorder (SUD) Patient Health Records form

*Para las clínicas de los grupos de médicos de Salud de la comunidad (Community Health, CH), seleccione el centro de CH más cercano

*For Community Health (CH) medical group clinics, please select the closest CH facility

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> UVA Health Medical Center
PO Box 800476
Charlottesville, Va. 22908
434-924-5136
434-924-2432 (Fax)
CLHIMDCT@hscmail.mcc.virginia.edu | <input type="checkbox"/> UVA Health Prince William Medical Center
8700 Sudley Rd
Manassas, Va. 20110
703-369-8297
703-369-8285 (Fax)
UVACHRECORDREQUEST@uvahealth.org | <input type="checkbox"/> UVA Health Haymarket Medical Center
15225 Heathcote Boulevard
Haymarket, Va. 20169
540-369-8297
571-284-1429 (Fax)
UVACHRECORDREQUEST@uvahealth.org | <input type="checkbox"/> UVA Health Culpeper Medical Center
501 Sunset Lane
Culpeper, Va. 22701
540-829-4386
540-829-4326 (Fax)
ROIculpeper@uvahealth.org |
|--|--|---|--|

NO se debe usar para obtener expedientes de otros centros, para conversaciones verbales o fuera de los Servicios de Información de UVA Health

NOT to be utilized to obtain records from other facilities, for verbal conversation or outside of UVA Health Information

(Nombre completo del paciente o tutor)
(Patient's full name or Legal Guardian)

Fecha de nacimiento (Mes/día/año)
Birth date (Mo/Day/Yr.)

(Dirección, ciudad, estado y código postal)
(Street address, City, State, and Zip)

Teléfono (Casa o celular)
Phone (Home or Cell)

Todos los nombres y alias Anteriores _____
(Any and all Previous names/aliases)

No se cobra cuando piden copias las agencias de otros proveedores de atención médica/centros para la atención continua o los pacientes. A todas las demás personas que las pidan se les cobrará según permitan las leyes estatales y federales. Se necesita una identificación con fotografía
Fees are waived when copies are requested by other health care provider's agencies/facilities for continuing care or by patients. All other requestors are charged as state and federal laws allow. Photo ID is required

Yo _____, por este medio autorizo a los **Servicios de Información de UVA Health**, a revelar:
I _____ (paciente, tutor) hereby authorize **UVA Health Information**, to release:
(patient, legal guardian)

COPIAS DEL EXPEDIENTE MÉDICO:

COPIES OF MEDICAL RECORDS

SOLO ELEMENTOS PERTINENTES (RESUMEN DEL ALTA MÁS RECIENTE, HISTORIA Y EXAMEN FÍSICO, EXPEDIENTE DE OPERACIONES Y VACUNAS)
PERTINENT ELEMENTS ONLY (MOST RECENT DISCHARGE SUMMARY, HISTORY&PHYSICAL, OPERATIVE RECORD & IMMUNIZATIONS)

NOTAS CLÍNICAS (FECHAS) _____
CLINIC NOTES (DATES)

RAYOS X/PELÍCULA DE DIAGNÓSTICO DE IMÁGENES/CD (FECHAS) _____
X-RAY/IMAGING FILM/CD (DATES)

INFORMES DE RAYOS X Y DE DIAGNÓSTICO DE IMÁGENES (FECHAS) _____
X-RAY AND IMAGING REPORT (DATES)

INFORME DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS (FECHAS) _____
EMERGENCY DEPARTMENT REPORT (DATES)

OTRO/FOTOGRAFÍAS _____
OTHER/PHOTOGRAPHS

TIPO DE MEDIO DE COMUNICACIÓN MEDIA TYPE/ : MyChart CD Impreso / Paper
 Correo Electrónico (con cifrado para fines de seguridad)
Email (with encryption for security purposes)

Entiendo que doy mi permiso para revelar información en mi expediente médico que puede incluir información relacionada con tratamiento psiquiátrico, tratamiento por drogas/alcohol, pruebas de SIDA/VIH o tratamiento por enfermedades de transmisión sexual, a menos que se indique en las siguientes instrucciones:

I understand that I am giving my permission to release information in my medical record that may include information relating to psychiatric treatment, drug/alcohol treatment, AIDS/HIV testing or treatment of sexually transmitted disease, unless indicated in the following instructions.



150000

IF LABEL NOT AVAILABLE, WRITE IN PT NAME & MR#

REVELACIÓN DE INFORMACIÓN A:
INFORMATION RELEASE TO

Nombre (Médico, hospital, agencia, etc.) / Name (Physician, hospital, agency, etc.)

Dirección, ciudad, estado y código postal / Street address, City, State, and Zip

Yo mismo (información mencionada arriba) / Self (information noted above)

Propósito de la revelación: / Purpose of Disclosure

Personal

Seguro / Insurance

Abogado / Attorney

Compensación de los trabajadores / Workers Comp

Por este medio, autorizo que se revele la información médica del paciente mencionado arriba. Esta autorización es válida por 12 meses a partir de la fecha de la firma. Entiendo que puedo cancelar esta solicitud con una notificación por escrito, pero que no afectará ninguna información revelada antes de la notificación de cancelación. Entiendo que la información revelada puede estar sujeta a una nueva revelación de la persona o el centro que la recibe y, entonces, ya no estará protegida por las reglamentaciones federales. Entiendo que UVA Health no puede condicionar su prestación de atención médica si se revelan copias a personas u organizaciones según yo lo pida.

I hereby authorize disclosure of the health information for the above named patient. This authorization is valid for 12 months from the date of signature. I understand that I may cancel this request with written notification but that it will not affect any information released prior to notification of cancellation. I understand that the information disclosed may be subject to re-disclosure by the person or facility receiving it, and would then no longer be protected by federal regulations. I understand that UVA Health may not condition its providing of health care on whether copies to individuals or organizations are released as I request.

Firma del Paciente o Representante Legal del Paciente
Signature of Patient or Legal Representative of Patient

Fecha
Date

Si no soy el paciente y estoy firmando como representante legal (autorizado) del paciente, certifico que el paciente no tiene la capacidad para tomar la decisión de revelar el expediente médico como se especifica arriba.

If I am not the patient and am signing as the patient's legal (authorized) representative, I attest that the patient lacks capacity to make the decision to release the medical records as specified above.

Representante autorizado del paciente
Patient's Authorized Representative

Fecha
Date