

(Place MR Label Here)
MR#:
Patient's Name:
Patient's Date of Birth:



Autorización para la Divulgación de Información de UAMS

- Yo, _____, por la presente autorizo a UAMS a divulgar a:
Nombre _____ Teléfono _____ Fax _____
Dirección completa _____
Calle Ciudad Estado Código Postal
- Información de:
Nombre del Paciente _____ Numero de Archivó Medico (si lo sabe) _____
Nacimiento y/o No. De Seguro social _____ Numero telefónico del paciente _____
- La información debe ser limitada a las siguientes **Fechas de Tratamiento** (si se aplica): _____
- Información pedida para ser accesada o divulgada: ___ Abstracto ___ Reporte Operativo ___ Archivo de la Sala de Emergencia ___ Historial Y Físico ___ Archivo de Clínica ___ Resumen de data de alta ___ Archivo de Admisión ___ Notas de progreso Medico ___ Notas de progreso de enfermeras ___ Otro _____
____ Registros de otros proveedores en el archive con UAMS (si existe alguno). *(Tenemos que imponer nuestros cargos de copia como se menciona a continuación. UAMS no representa que estos archivos son los archivos completos de la otros proveedores. Si usted quiere una copia completa de los archivos creados por otros proveedores para este paciente, usted puede querer contactar a cada proveedor.)*
Yo entiendo que si los archivos que son pedidos para ser divulgados incluyen información relacionada con **enfermedades de transmisión sexual, SIDA o VIH, abuso de alcohol o drogas, o información sobre la salud mental, incluyendo registros del Instituto de Psiquiátrica de Investigación de UAMS**, esta información puede ser divulgada conforme a esta autorización.
- ___ Registros de Facturación. Para registros de facturación, por favor llame a la Oficina de Servicio al Cliente de Facturación de UAMS al (501) 614-2160 o al 1-800-422-3963.
- Propósito de la autorización esta a la solicitud del paciente: ___ Seguro u otro Pago
___ Cuidado Médico ___ Otro (explique): _____
- Esta autorización se vencerá 90 días de la fecha en la cual fue firmada al menos que yo especifique un periodo de tiempo diferente. Fecha de vencimiento o Evento: _____. Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento dando notificación por escrito a UAMS. Una revocación de esta autorización no se aplicara a archivos ya divulgados de acuerdo a la autorización. Una fotocopia de esta autorización firmada puede constituir una autorización valida.
- UAMS, sus empleados y médicos son liberados de responsabilidad legal u obligación por la divulgación de la información anterior al extremo indicado y autorizado en esto.
- Yo entiendo que una vez que la información anterior sea divulgada, puede ser divulgada otra vez por el recipiente designado y la información puede no estar protegida por las leyes y regulaciones federales de privacidad.
- Yo estoy de acuerdo en pagar el costo por sacar copias, incluyendo otros gastos permitidos por la ley, como el costo de cualquier útil, trabajo por copiar, franqueo, u otros cargos incurridos por UAMS para proveer las copia solicitadas.
- UAMS no condicionara el tratamiento, el pago, matriculación, ni la elegibilidad para beneficios la usted firmar esta autorización.

Firma del Paciente o Representante Legal _____ Fecha/Hora _____

Si es un Representante Legal, autoridad del representante legal _____
(como padre de un menor, tutor legal designado por la corte, administrador del patrimonio del fallecido, abogado de hecho nombrado con carta de poder, o apoderado de salud)

Provide a copy to Patient/Legal Representative

UAMS
4301 West Markham, Slot 524, Little Rock, Arkansas 72205
Fax: 501-686-8361 • Email: records@uams.edu

