

**Authorization for Release of Health Information**

**Medical Record Number:** \_\_\_\_\_

**Patient Name:** \_\_\_\_\_  
**Date of Birth:** \_\_\_\_\_  
**Patient Address:** \_\_\_\_\_  
Street  
**City**                      **State**                      **Zip Code**  
**Phone Number:** \_\_\_\_\_

I authorize UCR Health to release health information to:

\_\_\_\_\_  
 Name of person or facility to receive health information  
 \_\_\_\_\_  
 Specify name/title of person to receive health information, if known  
 \_\_\_\_\_  
 Street Address, City, State, Zip Code  
 \_\_\_\_\_  
 Phone number \_\_\_\_\_

**INFORMATION TO BE RELEASED**

<input type="checkbox"/> Discharge Summary	<input type="checkbox"/> Laboratory Reports	<input type="checkbox"/> Emergency Medicine Reports
<input type="checkbox"/> Billing Statements	<input type="checkbox"/> Dental Records	<input type="checkbox"/> History & Physical Exams
<input type="checkbox"/> Pathology Reports	<input type="checkbox"/> Operative Reports	<input type="checkbox"/> Diagnostic Imaging Reports
<input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> Progress Notes <input type="checkbox"/> Vaccinations/Immunizations	<input type="checkbox"/> Radiology Reports	<input type="checkbox"/> Consultations <input type="checkbox"/> Outpatient Clinic Records
<input type="checkbox"/> Other _____		

**SPECIFY THE DATE OR TIME PERIOD FOR INFORMATION SELECTED ABOVE**

**SPECIFIC AUTHORIZATIONS**

The following information will not be released unless you specifically authorize it by marking the relevant box(es) below:

- I specifically authorize the release of information pertaining to drug and alcohol abuse diagnosis or treatment (42 C.F.R. §§2.34 and 2.35).
- I specifically authorize the release of information pertaining to mental health diagnosis or treatment (Welfare and Institutions Code §§5328, *et. seq.*)
- I specifically authorize the release of HIV/AIDS testing information (Health and Safety Code §120980(g)).
- I specifically authorize the release of genetic testing information (Health and Safety Code 124980(j)).

**AUTORIZACIÓN PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN DE SALUD**

**Numero de Registro Medico:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_  
**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_  
**Dirección del Paciente:** \_\_\_\_\_  
Calle  
**Ciudad**                      **Estado**                      **Código Postal**  
**Número de Teléfono:** \_\_\_\_\_

Autorizo al UCR Health para proporcionar/entregar información sobre la salud a:

\_\_\_\_\_  
 Nombre de la persona o institución que recibirá la información sobre la salud  
 \_\_\_\_\_  
 Especificar nombre/título de la persona que recibirá la información sobre la salud, si se conoce  
 \_\_\_\_\_  
 Dirección (Calle, ciudad, estado, código postal)  
 \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN A SER ENVIADA**

<input type="checkbox"/> Resumen de alta	<input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio	<input type="checkbox"/> Informes de Sala de Urgencias
<input type="checkbox"/> Detalle de facturación	<input type="checkbox"/> Expedientes Dentales	<input type="checkbox"/> Antecedentes Clínicos y Exámenes Físicos
<input type="checkbox"/> Informes de patología	<input type="checkbox"/> Informes de Operaciones	<input type="checkbox"/> Exámenes de Diagnostico por Imágenes
<input type="checkbox"/> Electrocardiograma <input type="checkbox"/> Notas sobre evolución clínica <input type="checkbox"/> Vacunas/Immunizaciones	<input type="checkbox"/> Informes de Radiológicos	<input type="checkbox"/> Consultas <input type="checkbox"/> Expedientes Clínicos de Atención Ambulatoria
<input type="checkbox"/> Otros _____		

**ESPECIFIQUE LA FECHA O PERÍODO DE TIEMPO PARA LA INFORMACIÓN SELECCIONADA ARRIBA**

**AUTORIZACIONES ESPECÍFICAS**

La siguiente información no será proporcionada a menos que usted lo autorice específicamente al marcar el/lo(s) casillero(s) correspondientes que se encuentran debajo:

- Autorizo específicamente la entrega de la información correspondiente al diagnóstico o tratamiento de abuso de drogas y alcohol (42 C.F.R. §§2.34 y 2.35).
- Autorizo específicamente a entregar información correspondiente al diagnóstico o tratamiento de la salud mental (Welfare and Institutions Code §§5328, *et seq.*)
- Autorizo específicamente la entrega de información sobre las pruebas de VIH/SIDA (Health and Safety Code §120980[g]).
- Autorizo específicamente la divulgación de información sobre pruebas genéticas (Health and Safety Code 124980[j]).



**EL PROPÓSITO DE LA ENTREGA DEL EXPEDIENTE MÉDICO**

*(marque uno o más)*

- Continuidad de la atención medica o planificación de dada de alta
- Facturación y pago de los servicios
- Ante la solicitud del paciente/representante del paciente
- Otros (declare la razón) \_\_\_\_\_

**AVISO**

El UCRH y muchas otras organizaciones y personas tales como médicos, hospitales y planes de atención médica tienen el mandato legal de mantener su información médica bajo confidencialidad. Si usted ha autorizado la entrega de su información sobre la salud a alguien que no está legalmente obligado a mantenerla bajo confidencialidad, la misma ya no estara resguardada por las leyes federales y estatales de confidencialidad.

**MIS DERECHOS**

- Comprendo que esta autorización es voluntaria. El tratamiento, el pago por inscripción y la elegibilidad para recibir beneficios no se puede condicionar a la firma de esta autorización excepto que la misma esté destinada a: 1) realizar un tratamiento vinculado con una investigación, 2) obtener información relacionada con la elegibilidad o inscripción a un plan de atención médica, 3) determinar la obligación de una entidad de pagar una demanda, o 4) generar información sobre la salud para suministrarla a una tercera parte. Sin embargo, bajo ninguna circunstancia se me solicita autorizar la entrega de expedientes sobre la salud mental.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, bajo condición de realizarlo por escrito y presentarlo ante UCR Health, School of Medicine, 900 University Avenue, Riverside, CA 92521. La revocación entrará en vigor cuando UCRH la reciba, excepto en la medida que UCRH u otros ya se hayan sujetado a la misma.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización.

**VENCIMIENTO DE LA AUTORIZACIÓN**

A menos que se la revoque en otras circunstancias, esta autorización vence \_\_\_\_\_ *(completar con la fecha o hecho pertinente). En caso de no indicarse una fecha, esta autorización vencerá a los 12 meses de la firma del presente formulario.*

**USO PERSONAL**

Entiendo que se me cobrará una tarifa por página por cada copia que solicite para mi uso personal.

\_\_\_\_\_  
Inicial

**FIRMA**

\_\_\_\_\_  
(Firma del Paciente o Representante Legal del paciente)

\_\_\_\_\_  
Nombre en Letra de Molde

\_\_\_\_\_  
(Si la firma no corresponde al paciente, declare su relación legal con el paciente/autorización)

\_\_\_\_\_  
Testigo o traductor

**THE PURPOSE OF THIS RELEASE IS** *(check one or more)*

- Continuity of care or discharge planning
- Billing and payment of bill
- At the request of the patient/patient representative
- Other (state reason) \_\_\_\_\_

**NOTICE**

UCRH 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.

**MY RIGHTS**

- I understand this authorization is voluntary. Treatment, payment enrollment or eligibility benefits may not be conditioned on signing this authorization except if the authorization is for: 1) conducting research-related treatment, 2) obtaining information in connection with eligibility or enrollment in a health plan for 3) determining an entity’s obligation to pay a claim, or 4) creating health information to provide a third party. Under no circumstances, however, am I required to authorize the release of mental health records.
- I may revoke this authorization at any time, provided that I do so in writing and submit it to UCR Health, School of Medicine, 900 University Avenue, Riverside, CA 92521. The revocation will take effect when UCRH receives it, except to the extent that UCRH or others have already relied on it.
- I am entitled to receive a copy of this Authorization.

**EXPIRATION OF AUTHORIZATION**

*Unless otherwise revoked, this authorization expires \_\_\_\_\_ (insert applicable date or event). If no date is indicated, this authorization will expire 12 months after the date of signing this form.*

**PERSONAL USE**

I understand I will be charged a per page fee for copies produced for my personal use.

\_\_\_\_\_  
Initial

**SIGNATURE**

\_\_\_\_\_  
(Signature of Patient or Patient’s Legal Representative)

\_\_\_\_\_  
Printed Name

\_\_\_\_\_  
(If signed by someone other than the patient, state your legal Relationship to the patient/authority)

\_\_\_\_\_  
Witness or Translator

Date: \_\_\_\_\_

Time: \_\_\_\_\_ AM/PM

Mail form with original signature to:  
UCR Health  
School of Medicine  
900 University Avenue  
Riverside, CA 92521  
1-855-827-CLINIC (2546)