



3009B

# AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Letra de molde con tinta.

El no proporcionar toda la información puede invalidar esta autorización.

*\* Los expedientes de Uso Excesivo de Substancias y Expedientes Psiquiátricos requieren una autorización aparte.*

**DE QUIEN.** Especifique la clínica, especialidad, o médico abajo.

Loma Linda University Medical Center (LLUMC)

Loma Linda University Health Care (LLUHC)

Loma Linda University (LLU)

**PARA QUIEN/INSPECCIONAR.** Por favor escoja uno de los siguientes:

Enviar los expedientes a: \_\_\_\_\_  
Nombre de la Persona/Agencia

\_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Estado C. Postal

Poner los expedientes disponibles para ser revisados. Confirme la cita antes de la revisión.

## INFORMACIÓN A SER DIVULGADA

Especifique adonde se prestaron los servicios

(Nombre de la Clínica) \_\_\_\_\_

**Paciente Interno** \_\_\_\_\_ Fechas del Tratamiento \_\_\_\_\_  
 Resumen del egreso  Documentos Pertinentes Clínicos Estándar

Otro, especifique \_\_\_\_\_

**Paciente Externo** Fechas del Tratamiento \_\_\_\_\_

Notas clínicas  Resultados de pruebas, tipo de pruebas \_\_\_\_\_

Otro, especifique \_\_\_\_\_

Yo autorizo especialmente la divulgación de los resultados de la prueba del VIH

**Resumen de Facturación** Fechas del Tratamiento \_\_\_\_\_

## RAZÓN por la cual deben divulgarse los expedientes

Atención constante  Uso Personal  Otra, especifique \_\_\_\_\_



Loma Linda University  
Loma Linda University Medical Center  
Loma Linda University Children's Hospital  
Loma Linda University Medical Center East Campus  
Loma Linda University Behavioral Medicine Center  
Loma Linda University Health Care  
Loma Linda University Heart & Surgical Hospital 116-3009B(1-04)

### PATIENT IDENTIFICATION

NAME:

BIRTH DATE:

MEDICAL RECORD #: