

(Place MR Label Here)

MR#:

Patient's Name:

Patient's Address:



### Autorización de Divulgar Información de UAMS por Solicitud del Paciente

1. Yo, \_\_\_\_\_, por medio de la presente, solicito información de:  
(Paciente o representante legal del paciente)

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ No. de expediente médico. (si lo sabe) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento y/o No. de seguro social. \_\_\_\_\_ Teléfono del paciente \_\_\_\_\_

2. Por medio de la presente, indico a UAMS a divulgar la información solicitada a:

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección completa \_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Estado Código Postal

Correo electrónico \_\_\_\_\_

3. Por favor seleccione el formato (papel o electrónico) que desea que UAMS utilice para proveer la información y el método para entregar la información (por ejemplo, correo electrónico, correo o usted recogerá los documentos de UAMS).

**Formato:**  Copia de papel  Copia electrónica

**Método de entrega:**

- Yo lo recogeré en UAMS
- Envíe por correo electrónico a la dirección escrita anteriormente
- Envíe por correo a la dirección escrita anteriormente
- Otro (por favor especifique, por ejemplo memoria flash sin codificar, CD)

**Advertencia y Asunción de Riesgo:** UAMS no garantiza que la información enviada por correo electrónico sea segura y codificada. Existen riesgos de seguridad asociados con enviar información por correo electrónico de forma no segura y codificada, que incluyen pero no se limitan a personas o entidades no autorizadas accediendo o utilizando la información. Al solicitar que UAMS envíe la información por correo electrónico reconozco que me han advertido de y acepto tales riesgos. UAMS no garantiza que la información almacenada en una memoria flash memoria/usb sin codificar sea segura o esté protegida. Hay riesgos de seguridad asociados con mantener información en una memoria flash/usb sin codificar, incluyendo pero no limitado a que una persona o entidad no autorizada acceda o utilice la información. Al solicitar que UAMS la entregue en una memoria flash/usb sin codificar, reconozco que se me ha advertido acerca de y acepto tales riesgos.



(Place MR Label Here)

MR#:

Patient's Name:

Patient's Address:



**Autorización de Divulgar Información de UAMS por Solicitud del Paciente (continuación)**

4. La información debe limitarse a las siguientes **Fechas de Tratamiento** (si se aplica):

\_\_\_\_\_

5. Información solicitada para ser accedida o divulgada:

- Abstracto     Reporte Operatorio     Expediente de la Sala de Emergencias     Historial y Examen físico
- Resumen del alta     Expediente Clínico     Notas del Médico del Progreso del Paciente
- Notas del/la Enfermero/a del Progreso del Paciente
- Otro \_\_\_\_\_

Registros de otros proveedores en archivo con UAMS (si es que los hay) *(Debemos imponer nuestras tarifas estándar como si declara a continuación. UAMS no representa que estos registros sean los registros completos de los otros proveedores. Si usted quiere una copia completa de los registros creados por los otros proveedores para este paciente, usted puede contactar a cada proveedor)*

Entiendo que **si es que** los registros solicitados para ser divulgados incluyen fotografías, videos u otras imágenes y/o información relacionada a **enfermedades venéreas, SIDA o VIH, abuso de drogas o alcohol o información sobre la salud mental**, incluyendo expedientes del Instituto de Investigación de Psiquiatría de UAMS, esta información puede ser divulgada conforme a esta solicitud.

7. \_\_\_\_\_ Expedientes de Facturación. Para expedientes de facturación, por favor llame al Servicio al Cliente en la Oficina de Facturación de UAMS al (501) 614-2160 o al 1-800-422-3963.

8. Reconozco que he recibido una copia de las tarifas de pagos y estoy de acuerdo en pagar los costos de copias, incluyendo otros costos permisibles por ley, tales como el costo de cualquier suministro, labor de copiar, gastos de envío y otros gastos generados por UAMS para proveer las copias solicitadas.

Firma del Paciente o Representante Legal \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Si es el Representante legal**, autoridad del Representante Legal \_\_\_\_\_

(Tal como padre de un menor de edad, tutor legal, albacea, apoderado, o apoderado de salud).



**UAMS Manejo de Información de la Salud  
Divulgación de Información**

**Solicitud de Pacientes para Expedientes de la Salud: Tarifas de Pagos**

**Tarifas aproximadas para expedientes en papel**

(Estos costos son aproximados no envíe pagos de frente cuando solicite expedientes en papel. Los solicitantes serán notificados de los costos actuales cuando se procese la solicitud)

- 1-100 páginas: costo aproximado \$3.17
- 101-250 páginas: costo aproximado \$6.92
- 251-500 páginas: costo aproximado \$11.87
- 501-750 páginas: costo aproximado \$16.82
- 751-1000 páginas: costo aproximado \$21.77
- 1000+ páginas: costo aproximado \$29.72

Nota: No se incluye costos aplicables de envío.

**Tarifa para expedientes electrónicos** (se incluye costos de envío aplicables)

Hay una tarifa plana de \$6.50 para las siguientes divulgaciones electrónicas:

- Correo electrónico
- CD
- Memoria USB sin codificar

**Tarifa para Memorias USB Codificadas**

Cargo aproximado \$31.18 (cargo aproximado adicional de \$2.31 por costo de envío, si se envía por correo)

UAMS Release of Information (Divulgación de Información)  
4301 W Markham St, Slot 524  
Little Rock, AR 72205  
Teléfono: 501-603-1520  
Fax: 501-686-8361  
records@uams.edu

