

(Place MR Label Here)

MR#:

Patient's Name:

Patient's Address:



Authorization for Release of Information from UAMS

Autorización para la Divulgación de información de UAMS

- 1. Yo, _____, por la presente autorizo a UAMS a divulgar a:
Nombre _____ Teléfono _____ Fax _____
Dirección completa _____
Calle Ciudad Estado Código Postal
2. Información de:
Nombre del Paciente _____ Numero de Archivo Médico (si lo sabe) _____ Fecha de
Nacimiento y/o No. De seguro social _____ Numero telefónico del paciente _____
3. La información debe ser limitada a las siguientes Fechas de Tratamiento (si se aplica) _____
4. 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 de Médico ___ Notas de progreso de enfermeras ___ Otro _____
___ Registros de otros proveedores en el archivo 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.
5. ___ 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
6. Propósito de la autorización está a la solicitud del paciente o: ___ Seguro u otro Pago
___ Cuidado Médico ___ Otro (explique) _____
7. 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 aplicará a
archivos ya divulgados de acuerdo a la autorización. Una fotocopia de esta autorización firmada puede constituir
una autorización válida.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. UAMS no condicionará 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, AR 72205

Fax: 501-686-8361

Email: records@uams.edu



Med Rec 99 FRSP (08/29/17)

Authorization for ROI