



## **Request to Obtain a Copy of or Inspect Your Health Information**

**Your Right.** You have the right to inspect or obtain a copy of your health information with limited exceptions. Please be aware that your original medical record is a Scripps legal record and under no circumstances are we able to delete or remove information from your record.

**How do I get a copy of my medical information?** At Scripps, we respect your right and have developed procedures and processes so that you are able to obtain a copy of your medical information. Your request must be in writing and include the elements on the attached form, *Authorization for Use or Disclosure of Health Information*. Our Health Information Department will receive your request. Requests to inspect your information will be processed within five (5) working days. Requests for copies of your information will be processed within fifteen (15) calendar days of receiving your request. If we require additional time for processing your request, we will notify you and request an extension. This may be necessary if your records are stored in an offsite location or if you have recently been discharged from the hospital.

**How do I inspect my medical records?** If you are requesting to inspect your health information, an appointment will be scheduled during the business hours 8 AM to 4 PM of the Health Information Department.

**Will I have to pay for copies of my medical records?** The Health Information Department will inform you of the fees associated with your request. Additional fees may be charged if your request requires copies of film or video. In limited circumstances, where your records are being requested to support an appeal regarding eligibility for a public benefit program, your copies will be provided at no cost.

### **Questions and Assistance**

If you have questions or specific concerns, please contact the Health Information Department where your services were provided:

- Scripps Clinic (Scripps Medical Foundation): (858) 554-8545
- Scripps Coastal Medical Center (Scripps Medical Foundation): (760) 806-5633
- Scripps Green Hospital: (858) 554-4700
- Scripps Home Health: (858) 715-7378
- Memorial Hospital Encinitas: (760) 633-7746
- Scripps Memorial Hospital La Jolla: (858) 626-6850
- Scripps Mercy Hospital Chula Vista: (619) 691-7336
- Scripps Mercy Hospital San Diego: (619) 260-7286



## AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Favor de leer cuidadosamente y llenar el reverso de este formulario.

Todas las secciones de esta autorización deben llenarse completamente antes de permitir que Scripps divulgue información médica protegida acerca de usted.

**EXPLICACIÓN:** Esta forma autoriza el uso o la divulgación de información médica protegida de la manera que se describe a continuación y es voluntaria. Scripps no puede condicionar sus servicios en base al hecho de si usted firma o no esta autorización, excepto bajo circunstancias limitadas, tales como para servicios relacionados con investigación, elegibilidad o determinaciones de inscripción o servicios realizados exclusivamente para un solicitante externo (por ejemplo, compensación al trabajador). En estas circunstancias, Scripps puede rehusar los servicios a no ser que usted proporcione una autorización para la divulgación de su información. **Le pedimos estar consciente de que una vez que su información salga de Scripps, esta institución ya no estará capacitada para protegerla y a los recipientes de su información no se les podrá exigir legalmente que protejan dicha información.**

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA ESPECÍFICA:** Las leyes federales y estatales nos obligan a obtener autorización específica de los pacientes para dar a conocer información delicada. Se define como información delicada aquella que se refiere a los resultados de las pruebas para VIH y SIDA, así como al tratamiento psiquiátrico, abuso de alcohol o de droga. Tenga presente que nosotros trataremos de excluir este tipo de información a menos que usted la señale específicamente para ser entregada. Si usted sabe que su expediente contiene este tipo de información, debe señalar el tipo específico de información que se encuentra en la sección etiquetada como **Categorías Especiales de Información**. Si usted opta por no divulgar esta información, le pedimos que nos avise inmediatamente.

**DURACIÓN:** Entiendo que esta autorización puede ser revocada, por escrito, en cualquier momento, de acuerdo con las instrucciones que aparecen en el Aviso de Prácticas de Privacidad de Scripps, excepto hasta el punto en que se haya tomado acción en la seguridad sobre esta autorización. A menos que se cancele, esta autorización es válida por un año.

**RESTRICCIONES:** Entiendo que Scripps no podrá usar o divulgar más adelante la información médica a no ser que obtenga de mí otra autorización o sólo si dicho uso o divulgación es requerido o permitido específicamente de manera legal. Por el presente libero a Scripps de cualquiera y toda responsabilidad que pudiera surgir de la divulgación de esta información en la parte superior mencionada.

**COPIA ADICIONAL:** Además, entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización a solicitud mía.

Favor de poner sus iniciales de que usted ha leído las declaraciones mencionadas:

Letra de imprenta

Iniciales

Complete la página 2 de este formulario.



MRN: \_\_\_\_\_  
Facility Use Only

**Solicito una copia de mi expediente medico o autorizo la entrega de información relacionada con el historial médico, condición física o mental, servicios administrados, o tratamiento, según se describe abajo:**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Alias: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Los últimos cuatro números de su seguro social \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

**Propietario del expediente médico:**

Scripps Clinic  Scripps Coastal Medical Center

Scripps Hospital (indicar cual): \_\_\_\_\_

Scripps Home Health

Otro propietario del Nombre: \_\_\_\_\_

expediente médico: Domicilio: \_\_\_\_\_

**Se pueden entregar los expedientes a:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Calle Domicilio Ciudad Estado Código Postal  
( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
Teléfono Fax

**Fechas de servicio:** \_\_\_\_\_

**Area de tratamiento:**  Paciente interno  Urgencias  Paciente externo

**Tipo de información:** Esta autorización está limitada a los expedientes médicos y tipo de información siguientes:

- Resumen de alta  Notas de avances
- Historial / Examen físico  Pruebas de laboratorio
- Reportes de consultas  Reportes de radiografías
- Reportes Operatorios y de  Fotografías, videocintas, imágenes digitales u otras
- Procedimientos  Otros (favor de especificar): \_\_\_\_\_
- Reportes del Departamento de Urgencias

**Autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información (marque donde corresponde):**  
 Salud mental  Resultados de análisis de VIH  
 Expediente sobre programa de tratamiento de alcoholismo o drogadicción

**Uso de información:** El solicitante podrá usar los expedientes médicos y el tipo de información autorizados únicamente para los propósitos siguientes:

- Atención continuada  Segunda opinión  Personal  Reclamación al seguro
- Otro (Favor de especificar): \_\_\_\_\_

**Nombre con letra de imprenta:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Si firma otra persona que no es el paciente, indique su parentesco: \_\_\_\_\_

**Testigo:** \_\_\_\_\_

I hereby authorize release of all information as stated above:

**Attending Physician (if appropriate):** \_\_\_\_\_

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



\*3ROI\*