



27462 Portola Pkwy, Ste 100, Foothill Ranch, CA 92610

Authorization for Use & Disclosure of Health Information

HIPAA-Compliant Request for Release of Records

This form lets the facility or provider(s) you list below release your health information to Hoang Medical Corporation for your wound care treatment. You can request records from more than one facility on this single form.

Autorización para Uso y Divulgación de Información de Salud

Solicitud de Divulgación de Expedientes conforme a HIPAA

Este formulario permite que el centro o proveedor(es) que usted indique abajo divulgue su información de salud a Hoang Medical Corporation para su tratamiento de cuidado de heridas. Puede solicitar expedientes de más de un centro en este único formulario.

1. About You (Patient Information)

Acerca de Usted (Información del Paciente)

Patient full name

Nombre completo del paciente *

Date of birth

Fecha de nacimiento *

Phone

Teléfono

Email

Correo electrónico

Address

Dirección

SSN

Seguro Social

Medical record # (if known)

N.º de expediente médico (si lo sabe)

Insurance Information

Información del Seguro

Primary insurance

Seguro primario

Plan / carrier

Plan / aseguradora

Member ID

ID de miembro

Group #

N.º de grupo

Subscriber name (if not the patient)

Nombre del titular (si no es el paciente)

Secondary insurance (optional)

Seguro secundario (opcional)

Plan / carrier

Plan / aseguradora

Member ID

ID de miembro

Group #

N.º de grupo

2. Where Your Records Are Now

Dónde Están Ahora Sus Expedientes

1.

Ph/Fax
Tel/Fax

2.

Ph/Fax
Tel/Fax

3.

Ph/Fax
Tel/Fax

4.

Ph/Fax
Tel/Fax

5.

Ph/Fax
Tel/Fax

3. Who Receives Your Records

Quién Recibe Sus Expedientes

Your records will be sent here — to Hoang Medical Corporation for your wound care.

Sus expedientes se enviarán aquí, a Hoang Medical Corporation, para su cuidado de heridas.

Hoang Medical Corporation

NPI: 1972420859
27462 Portola Pkwy, Ste 100
Foothill Ranch, CA 92610
Attn: Medical Records
Phone (949) 624-7171
Secure fax (818) 381-0850
Email: auth@HMedicalCorp.com

4. What Records to Send

Qué Expedientes Enviar

☒ Wound care records (assessments, photos, measurements, treatment/debridement notes, graft & skin-substitute applications)
Expedientes de cuidado de heridas (evaluaciones, fotos, mediciones, notas de tratamiento/desbridamiento, aplicaciones de injertos y sustitutos de piel)

☒ History & physical / progress notes
Historia clínica, exámenes físicos, Evolución del paciente

Historia y examen físico / notas de evolución

☒ **Operative / procedure reports**

Informes operatorios / de procedimientos

☒ **Laboratory & pathology results**

Resultados de laboratorio y patología

☒ **Imaging reports (X-ray, CT, MRI, vascular studies)**

Informes de imágenes (rayos X, TC, RM, estudios vasculares)

☒ **Medication administration record / current medications**

Registro de administración de medicamentos / medicamentos actuales

☒ **Discharge summary**

Resumen de alta

Other (specify)

Otro (especifique)

Records from (date)

Expedientes desde (fecha)

MM/DD/YYYY

Records to (date)

Expedientes hasta (fecha)

MM/DD/YYYY

This authorization does **not** include HIV/AIDS test results, mental-health or psychotherapy notes, or drug/alcohol treatment records **unless you initial the box below to include them**. These categories have extra protection under federal and California law.

Esta autorización **no** incluye resultados de pruebas de VIH/SIDA, notas de salud mental o psicoterapia, ni expedientes de tratamiento de drogas/alcohol **a menos que ponga sus iniciales en el recuadro de abajo para incluirlos**. Estas categorías tienen protección adicional bajo la ley federal y de California.

Initial here only if you want these sensitive records included (optional):

Ponga sus iniciales aquí solo si desea incluir estos expedientes sensibles (opcional):

Printed name

Nombre en letra de molde: _____

5. Why the Records Are Being Shared

Por Qué se Comparten los Expedientes

☒ **Continuity of care / ongoing wound care treatment**

Continuidad de la atención / tratamiento continuo de heridas

☐ **At the request of the patient**

A solicitud del paciente

Other (specify)

Otro (especifique)

6. How Long This Form Stays Active

Cuánto Tiempo Sigue Vigente Este Formulario

If no option is selected, this authorization expires one (1) year from the date signed.

Si no se selecciona ninguna opción, esta autorización vence un (1) año después de la fecha de la firma.

☐ **Until this date:**

Hasta esta fecha:

MM/DD/YYYY

☐ **Until the Disclosing Party fulfills this single request, then it expires.**

Hasta que la parte divulgadora cumpla esta única solicitud; luego vence.

☐ **Until this event occurs:**

Hasta que ocurra este evento:

Hasta que ocurra este evento:

7. Your Rights

Sus Derechos

Refusal to sign / right to revoke. Signing this form is voluntary. Refusing to sign will not affect your treatment, payment, enrollment, or eligibility for benefits. You may revoke this authorization at any time by written notice to Hoang Medical Corporation at the address above, except to the extent action has already been taken in reliance on it.

Redisclosure. Information used or disclosed under this authorization may be subject to redisclosure by the recipient and may no longer be protected by federal or California privacy law.

Copy. The patient or representative is entitled to a copy of this signed authorization.

Negativa a firmar / derecho a revocar. Firmar este formulario es voluntario. Negarse a firmar no afectará su tratamiento, pago, inscripción ni elegibilidad para beneficios. Puede revocar esta autorización en cualquier momento mediante aviso por escrito a Hoang Medical Corporation en la dirección de arriba, salvo en la medida en que ya se haya actuado con base en ella.

Redivulgación. La información usada o divulgada bajo esta autorización puede ser redivulgada por el destinatario y podría dejar de estar protegida por la ley de privacidad federal o de California.

Copia. El paciente o representante tiene derecho a una copia de esta autorización firmada.

8. Permission for Us to Request Records for You

Permiso para que Solicitemos Expedientes por Usted

☐ **Yes** — I appoint and authorize Hoang Medical Corporation and its authorized staff as my limited representative for the sole purpose of requesting and obtaining copies of my own health records from other providers, facilities, health plans, and agencies that require their own authorization form — including completing, signing, and submitting those third-party request forms on my behalf.

Limits. This permission is limited to requesting and receiving my records for my care coordination. It does **not** authorize any medical, financial, or legal decisions on my behalf, and grants no other authority. I may revoke it at any time in writing, and it expires when this authorization expires.

Initial to confirm this permission:

Ponga sus iniciales para confirmar este permiso:

Printed name

Nombre en letra de molde: _____

Marque la casilla de arriba para darnos permiso de solicitar sus expedientes médicos.

Si — Nombro y autorizo a Hoang Medical Corporation y a su personal autorizado como mi representante limitado con el único fin de solicitar y obtener copias de mis propios expedientes de salud de otros proveedores, centros, planes de salud y agencias que exijan su propio formulario de autorización, incluyendo llenar, firmar y presentar esos formularios de terceros en mi nombre.

Límites. Este permiso se limita a solicitar y recibir mis expedientes para la coordinación de mi atención. **No** autoriza ninguna decisión médica, financiera o legal en mi nombre, ni otorga ninguna otra autoridad. Puedo revocarlo por escrito en cualquier momento y vence cuando venza esta autorización.

9. Permission for Us to Coordinate Care for You

Permiso para que Coordinemos su Atención

☐ **Yes** — I want to receive wound care from Hoang Medical Corporation, and I authorize HMC, on my behalf, to coordinate that care — including contacting my primary care provider and other treating providers to request and receive referrals, physician orders, and the information reasonably needed for my wound care. I understand this is voluntary, that I may cancel it in writing at any time (except for actions already taken), and that my treatment, payment, and eligibility for benefits do not depend on whether I sign it.

To cancel this later: send a written request to auth@HMedicalCorp.com or fax (818) 381-0850. Cancellation applies going forward and does not undo actions already taken.

Initial to confirm this permission:

Ponga sus iniciales para confirmar este permiso:

Printed name

Nombre en letra de molde: _____

Marque la casilla de arriba para permitirnos ayudar a organizar el cuidado de sus heridas con sus proveedores y su plan de salud.

Si — Deseo recibir cuidado de heridas de Hoang Medical Corporation, y autorizo a HMC, en mi nombre, a coordinar esa atención — incluyendo comunicarse con mi médico de cabecera y otros proveedores que me atienden para solicitar y recibir referencias, órdenes médicas y la información razonablemente necesaria para el cuidado de mis heridas. Entiendo que esto es voluntario, que puedo cancelarlo por

escrito en cualquier momento (excepto por acciones ya realizadas), y que mi tratamiento, pago y elegibilidad para beneficios no dependen de que la firme.

Para cancelar esto más adelante: envíe una solicitud por escrito a auth@HMedicalCorp.com o al fax (818) 381-0850. La cancelación aplica en adelante y no deshace las acciones ya realizadas.

10. Sign Here

Firme Aquí

Who is signing this form?

¿Quién firma este formulario?

☐ I have read and understand this authorization and voluntarily authorize the release of the information indicated above.

He leído y comprendo esta autorización y autorizo voluntariamente la divulgación de la información indicada arriba.

*

Signature

Firma *

Sign above with your finger or mouse.

Firme arriba con el dedo o el ratón.

Printed name

Nombre en letra de molde: _____

Date signed

Fecha de firma

MM/DD/YYYY

Witness (optional)

Testigo (opcional)

11. Proof of Authority / Supporting Documents

Prueba de Autoridad / Documentos de Apoyo

Communication by Email — Acknowledgment of Risk. Hoang Medical Corporation offers secure ways to send us forms and health information, including our online patient forms and secure fax. If you choose to send health information to us from your own email account (for example, Gmail, Yahoo, iCloud, or Outlook), ordinary email is not encrypted end-to-end and may be read by others while in transit or stored on your email provider's servers. By choosing to email us, you accept this risk. You are never required to use email — you may use our secure online forms, fax, mail, or telephone instead. Do not use email for urgent or emergency matters; if you have a medical emergency, call 911.

Comunicación por correo electrónico — Reconocimiento del riesgo. Hoang Medical Corporation ofrece maneras seguras de enviarnos formularios e información de salud, incluyendo nuestros formularios para pacientes en línea y el fax seguro. Si usted decide enviarnos información de salud desde su propia cuenta de correo (por ejemplo, Gmail, Yahoo, iCloud u Outlook), el correo electrónico común no está cifrado de extremo a extremo y otras personas podrían leerlo mientras se transmite o mientras está almacenado en los servidores de su proveedor de correo. Al decidir enviarnos un correo, usted acepta este riesgo. Nunca está obligado a usar el correo electrónico — puede usar nuestros formularios seguros en línea, el fax, el correo postal o el teléfono. No use el correo electrónico para asuntos urgentes o de emergencia; si tiene una emergencia médica, llame al 911.