



Comprehensive Community Health Centers

Autorización para obtener información y Solicitar un individuo para el Acceso a la Información de Salud Personal

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Numero del paciente: _____

De: _____

A: _____

Domicilio: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____

Número de Teléfono: _____

Numero de Fax: _____

Numero de Fax: _____

➤ Autorización de la siguiente información de los expedientes de salud del paciente (Por favor marque a continuación):

Notas de progreso

Registros de facturación

Resultados de Laboratorio

Otro: _____

Informes de radiología

Consultar informes/Notas del hospital

➤ Autorización para la divulgación de información sensible o estatutaria protegido de la información de salud

Por inicial junto a cualquiera de la información específica de salud protegida sensible, que da la autorización para liberar de esta información de salud protegida

_____ **Notas de psicoterapia**

_____ Registros de salud mental

_____ VIH/SIDA

_____ Abuso de sustancias (Alcohol, droga, etcétera)

Fechas de la atención de: _____ a: _____

Esta declaración se está realizando con los objetivos siguientes:

Nuevo proveedor de atención primaria

Solicitud de proveedor especializado

Abogado/Caso de Corte

Seguro médico

Razones personales

Otro: _____

Pedido de expedientes:

Fax: _____

Copia en papel (se procesará dentro de 7 días de negocios)

Correo Postal

Recogido en la clínica

Correo Electrónico (se procesará dentro de 3 días de negocios) Dirección de correo electrónico: _____

Debido a la implementación de expedientes electrónicos de salud, solamente copias escaneadas y subidas de los documentos originales están disponibles para ser autorizado. Esta autorización de información es efectiva por un año desde la fecha de la firma. Este consentimiento informado está afecto a revocación en cualquier momento por sólo una notificación por escrito que pueden enviarse por correo electrónico a info@cchccenters.org.

Paciente o Representante Legal Firma

Fecha

USO DE LA OFICINA

Un cargo de \$ _____ fue colectado.

Dinero en efectivo

Crédito/Débito

Cheque

El nombre del personal _____



Comprehensive Community Health Centers

Programa de tarifas

Para obtener información y Solicitar un individuo
para el Acceso a la Información de Salud Personal

Motivo de la solicitud

- Nuevo proveedor de atención primaria o establecimiento de atención medica – sin costo
- Registros para una visita – sin costo
- Registros de hasta tres visitas - \$3
- Registros de hasta seis visitas - \$6
- Registros de más de seis visitas - \$12
- Solicitud recibida de los servicios de la oficina del abogado - \$15