



# 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.

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