



# 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
- Resultados de Laboratorio
- Informes de radiología
- Consultar informes/Notas del hospital
- Registros de 5acturación
- Otro: \_\_\_\_\_

➤ 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
- Seguro médico
- Otro: \_\_\_\_\_
- Solicitud de proveedor especializado
- Razones personales
- Abogado/Caso de Corte

### Pedido de expedientes:

- Fax: \_\_\_\_\_
- Copia en papel (se procesará dentro de 15 días de negocios)
- Correo Postal
- Recogido en la clínica
- Correo Electrónico (se procesará dentro de 15 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 \_\_\_\_\_



**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