



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: _____ Número del paciente: _____

De: _____

A: _____

Domicilio: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____

Número de Teléfono: _____

Número de Fax: _____

Número de Fax: _____

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

- | | |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso | <input type="checkbox"/> Registros de saturación |
| <input type="checkbox"/> Resultados de Laboratorio | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Informes de radiología | |
| <input type="checkbox"/> 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:

- | | | |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nuevo proveedor de atención primaria | <input type="checkbox"/> Solicitud de proveedor especializado | <input type="checkbox"/> Abogado/Caso de Corte |
| <input type="checkbox"/> Seguro médico | <input type="checkbox"/> Razones personales | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

Pedido de expedientes:

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fax: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Copia en papel (se procesará dentro de 15 días de negocios) | <input type="checkbox"/> Correo Postal | <input type="checkbox"/> Recogido en la clínica |
| <input type="checkbox"/> 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.

- | |
|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dinero en efectivo |
| <input type="checkbox"/> Crédito/Débito |
| <input type="checkbox"/> 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