



## Servicios de Gestión de Información Médica

### AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD PROTEGIDA

Tenga en cuenta que este documento de acceso de registro es solo para los archivos médicos de pacientes de CHC. No incluye al departamento Dental o los registros de Salud Conductual de CHC. Por favor, consulte con los departamentos individuales para la divulgación de esos registros.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

**Autorizo a Community Health Connections, Inc. a:**  Solicitar información sobre la salud protegida de  
 Divulgar información sobre la salud protegida para

Nombre/Institución: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Fax #: \_\_\_\_\_

**Fechas de servicio para incluir:** desde \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ hasta \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Información para ser divulgada:**

Registro completo  Fecha de servicio \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Lista de Medicamentos  Resultados de Laboratorio  
 Lista de Problemas  Rayos X  Registros de Vacunas  Último examen físico

**En conformidad con las Reglamentaciones Federales y Estatales, cierta información de salud necesita una autorización específica para ser divulgada. Inicialar a continuación para autorizar la divulgación de esta información.**

\_\_\_\_\_ Tratamiento de Abuso de Sustancias (Drogas / Alcohol) (42 CFR Parte 2)

\_\_\_\_\_ Resultados / Tratamiento del VIH / SIDA (MGL 111 70 (F)) \_\_\_\_\_ Pruebas genéticas (MGL 111 70 (G))

**El propósito de esta divulgación es:**

Transferencia de Atención  Coordinación de cuidado  Legal  Seguro  Escuela  Uso Personal  
 Pre-empleo  Otros (especifique) \_\_\_\_\_

**Esta autorización se vence en 1 año a partir de la fecha de la firma a menos que especifique lo contrario** \_\_\_\_\_

**Entiendo que:**

- Esta autorización es voluntaria. No tengo que firmar para garantizar el tratamiento a menos que el único propósito del tratamiento sea proporcionar información a un tercero (por ejemplo, empleo físico).
- Puedo inspeccionar o copiar la información que se divulgará según lo dispuesto en el Aviso de Información. Entiendo que se pueden hacer arreglos para inspeccionar mi registro médico o de facturación en el sitio, poniéndome en contacto con el Departamento de Registros Médicos a la dirección indicada anteriormente.
- Habrá una tarifa por copiar mi información de salud. **Se cobrará un cargo de veinticinco centavos (0.25) por página por una copia del registro médico en papel o cinco dólares (\$ 5.00) por CD.**
- Cualquier divulgación autorizada conlleva el potencial de una nueva divulgación no autorizada en el futuro. CHC no es responsable de ninguna divulgación de esta información por parte de aquellas personas u organizaciones a las que rige esta divulgación autorizada de registros.
- Tengo el derecho de revocar la autorización en cualquier momento presentando una solicitud por escrito a los registros médicos a la dirección que aparece arriba. La revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. La revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorga a mi asegurador el derecho de impugnar un reclamo según la política del seguro.

**HE LEÍDO Y ENTIENDO LAS DECLARACIONES ANTERIORES Y AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA ARRIBA.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente / Tutor / Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso del Paciente / Tutor / Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente

2/2019