

Nombre del Paciente: _____

Nombre

Anterior: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

N.º de Teléfono: (____)____-____

AUTORIZO A CHC A DIVULGAR MI INFORMACION A:

O

AUTORIZO A CHC A OBTENER MI INFORMACION DE:

Nombre: _____

Nombre: _____

Domicilio (Ciudad/Estado/Código Postal): _____

Domicilio (Ciudad/Estado/Código Postal): _____

N.º de Teléfono: (____)____-____

N.º de Teléfono: (____)____-____

N.º de Fax: (____)____-____

N.º de Fax: (____)____-____

En caso de que los registros se me deban entregar **A MÍ**, deseo que sea del siguiente modo:

☐ Correo ☐ Fax (____)____-____ ☐ Punto de recogida ☐ Correo electrónico _____

El departamento de Registros Médicos debe procesar todas las solicitudes de registros médicos

Los datos que se divulgarán u obtendrán son del siguiente tipo (marque las casillas correspondientes e incluya otros datos donde se le indique hacerlo):

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Notas de visita medicas | <input type="checkbox"/> Registros Odontológicos, incluidas radiografías | <input type="checkbox"/> Vacunas |
| <input type="checkbox"/> Notas de Consultas medicas | <input type="checkbox"/> Resultados de Laboratorio | <input type="checkbox"/> Resultados de Radiografías, Tomografías Computarizadas, Resonancias Magnéticas, Ultrasonografías |
| <input type="checkbox"/> Registro Médico Completo | <input type="checkbox"/> Otros: _____ | |

Fecha(s) del Servicio: ☐ Todos los registros anteriores hasta el día de la fecha **O** ☐ Desde la fecha _____ hasta _____.

*****En caso de que se deban incluir datos relativos al consumo de drogas/alcohol, la salud mental/psiquiátrica o el diagnóstico de VIH/SIDA, debe marcar cada casilla a continuación.*****

☐ Consumo de drogas/alcohol* ☐ Salud psiquiátrica/conductual ☐ Datos relativos al VIH/SIDA

*Sin embargo, si no desea divulgar todos los datos acerca del consumo de drogas/alcohol, indique en esta sección qué información desea EXCLUIR:

FIRMO ESTA AUTORIZACIÓN POR EL SIGUIENTE MOTIVO:

☐ Legal ☐ Traslado de Atención ☐ Coordinación de Atención ☐ Reubicación ☐ Otro: _____

Esta autorización vencerá a los 90 días contados a partir de la fecha en la que se haya firmado, a menos que yo indique otra fecha o circunstancia de vencimiento a continuación:

Comprendo que tengo derecho legal a revocar esta autorización en cualquier momento/Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito ante el Departamento de Registros Médicos del Centro de Salud Comunitario (CHC, por sus siglas en inglés). Comprendo que la revocación no regirá para los datos que ya hayan sido divulgados en virtud de esta autorización. Comprendo que la revocación no regirá para mi compañía de seguros en caso de que las leyes le concedan a mi aseguradora el derecho a refutar una reclamación bajo mi póliza de seguro.

Comprendo que una vez que los datos anteriores se hayan divulgado, es posible que quien los haya recibido los divulgue nuevamente y que no estén protegidos por ninguna ley o reglamento federal sobre privacidad.

Comprendo que la autorización para utilizar o divulgar los datos identificados es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No es necesario que firme este formulario para garantizar mi tratamiento médico. Puedo ponerme en contacto con el Oficial de Privacidad si tengo preguntas sobre mi información médica.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y que comprendo el presente formulario de autorización, y que CHC tiene 30 días para satisfacer mi solicitud.

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Vínculo con el Paciente



**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR U OBTENER
INFORMACIÓN MÉDICA**

Departamento de Registros Médicos
575 Main Street
Middletown, CT 06457
Fax: 860-343-7379