

ORIZACIÓN PARA ENVIAR INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

Enviar las historias clínicas por fax al: (802) 860-4313 Enviar las historias clínicas odontológicas por correo electrónico a: dentalxrays@chcb.org

Este formulario le permite a CHC comunicarse verbalmente con la persona u organización autorizada que se indica a continuación.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Motivo de la entrega: Elija los motivos para la entrega de su información:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Coordinación de la atención | <input type="checkbox"/> Copia del paciente |
| <input type="checkbox"/> Transferencia de la atención | <input type="checkbox"/> Segunda opinión |
| <input type="checkbox"/> Fines legales | <input type="checkbox"/> Otro (describa): |

Elija toda la información que le gustaría que se compartiera:

Médica:

- HISTORIA CLÍNICA COMPLETA: Esto incluye las historias clínicas anteriores de agencias externas que CHC tenga archivadas.

Intervalo de fechas: Del ___/___/___ al ___/___/___ Si no se especifica ninguna fecha, se compartirán todos los registros de este tipo seleccionados.

- Otra (resultados de pruebas, citas, información de facturación, etc.; describa):

Salud mental/psiquiátrica:

- Registro psiquiátrico completo/de la terapia para la salud mental

Intervalo de fechas: Del ___/___/___ al ___/___/___ Si no se especifica ninguna fecha, se compartirán todos los registros de este tipo seleccionados.

- Otra (describa):

Odontológica:

- Radiografías dentales: Todas

- Otra (describa):

Información SOLICITADA DE:

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Información ENTREGADA A:

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Fecha o evento que indicará el vencimiento de este consentimiento: _____

Si no indico una fecha de vencimiento arriba, entiendo que este consentimiento vencerá dentro de un año a partir de la última fecha en que se me hayan brindado servicios en CHC. Entiendo que la información que se entregue puede incluir historias clínicas y registros psiquiátricos, de la salud mental y/o de consumo de drogas y alcohol. Entiendo que mis historias clínicas están protegidas de conformidad con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro Médico (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, "HIPAA") de 1996, partes 160 y 164 de 45 CFR, y no se pueden entregar sin mi consentimiento por escrito, a menos que las normativas estatales y federales estipulen lo contrario. La fotocopia o duplicado de este consentimiento tiene la misma validez que el original. Entiendo que se me podrían negar los servicios si no doy mi consentimiento para una entrega con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No se me negarán los servicios si no doy mi consentimiento para una entrega con otros fines. Autoriza que Community Health Centers of Burlington entregue sus registros en los siguientes formatos: verbal, escrito, electrónico (a menos que se especifique algo distinto en este documento).

Firma del paciente: _____ Fecha _____

Firma del padre, de la madre, del tutor o del representante legal: _____ Fecha: _____

Describa la autoridad para firmar en nombre del paciente: _____ Número de contacto: _____

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento. La decisión de revocar este consentimiento no afectará a los registros que se entregaron previamente de conformidad con este consentimiento. Por este medio, revoco este consentimiento el: _____ (fecha). No entregue más información de conformidad con este consentimiento.
Firma: _____

Modificado en noviembre de 2023

READ ONLY



AUTHORIZATION TO SEND HEALTH INFORMATION

Fax Medical Records to: (802) 860-4313 Email Dental Records to: dentalxrays@chcb.org

This form allows CHC to verbally communicate with the authorized person or organization listed below.

Patient Name: _____ Date of birth: _____

Address: _____ Phone: _____

Reason for Release: Please choose the reason(s) for the release of your information:

- Coordination of care
- Patient copy
- Transfer care
- Second opinion
- Legal purposes
- Other (please describe):

Please choose all information you would like to have shared:

Medical:

- COMPLETE HEALTH RECORD - This includes past medical records from outside agencies that CHC has on file.
Date range: ___/___/___ to ___/___/___ If no dates are specified, all records of this type selected will be shared.
- Other (test results, appointments, billing information, etc. Please describe):

Mental Health/Psychiatry:

- Complete Mental Health Therapy/Psychiatric Record
Date range: ___/___/___ to ___/___/___ If no dates are specified, all records of this type selected will be shared.
- Other (please describe):

Dental:

- Dental x-rays – All
- Other (please describe):

Information REQUESTED FROM: _____

Address: _____

Phone: _____ Fax: _____

Information RELEASED TO: _____

Address: _____

Phone: _____ Fax: _____

Date or event upon which this consent will expire: _____

I understand that if I do not state a date of expiration above, then this consent will expire one year from the last date of service to me at CHC. **I understand that information released may include medical, psychiatric, mental health and/or drug and alcohol records.** I understand that my Medical Records are protected under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 ("HIPAA"), 45 Parts 160 and 164, and cannot be disclosed without my written consent unless otherwise provided for by state and federal regulations. A photocopy or facsimile of this consent is valid as is the original. I understand that I might be denied services if I refuse to consent to a disclosure for purposes of treatment, payment, or health care operations. I will not be denied services if I refuse to consent to a disclosure for other purposes. You are authorizing the Community Health Centers of Burlington to disclose your records in the following formats: verbal, written, electronic, unless otherwise specified here.

Patient Signature: _____ Date: _____

Parent, Guardian, or Legal Representative Signature: _____ Date: _____

Describe authority to sign on behalf of patient: _____ Contact number: _____

I understand that I may revoke this consent at any time. My decision to revoke this consent will not affect the records that were previously released under this consent. I hereby revoke this consent on: _____ (date). Do not release any further information under this consent.
Signature: _____