

AUTORIZACIÓN PARA ENVIAR/COMUNICAR INFORMACIÓN MÉDICA

Enviar los registros médicos por fax al: (802) 860-4313 Enviar los registros dentales por correo electrónico a: dentalxrays@chcb.org

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Motivo de la divulgación: elija los motivos para la divulgación de su información:

- Coordinación de la atención Copia del paciente Traslado de la atención Segunda opinión
 Fines jurídicos Otro (por favor, describa):

Seleccione toda la información que desea compartir:

HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:

- Historia clínica completa, incluidos registros médicos, de salud mental y de psiquiatría. Esto incluye historias clínicas anteriores de agencias externas que CHC tiene en archivo, incluidos registros de tratamiento para trastorno por consumo de sustancias recibidos de un programa en el marco de la Parte 2 del Título 42 del CFR que solo se pueden usar y divulgar con consentimiento por escrito, excepto cuando lo permita la ley.
 Marque esta casilla si no desea que se divulguen sus expedientes de un centro de la Parte 2.

Intervalo de fechas: ____/____/____ hasta ____/____/____ Si no se especifican fechas, se compartirán todos los registros de este tipo.

MÉDICOS:

- Todas las notas para servicios médicos solamente. Esto incluye historias clínicas anteriores de agencias externas que CHC tenga en sus archivos.
 Otro (resultados de pruebas, citas, información de facturación, etc.) Por favor, describa:

Intervalo de fechas: ____/____/____ hasta ____/____/____ Si no se especifican fechas, se compartirán todos los registros de este tipo.

SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA:

- Todas las notas de salud mental y psiquiatría. Esto incluye historias clínicas anteriores de agencias externas que CHC tiene en archivo, incluidos registros de tratamiento para trastorno por consumo de sustancias recibidos de un programa en el marco de la Parte 2 del Título 42 del CFR que solo se pueden usar y divulgar con consentimiento por escrito, excepto cuando lo permita la ley.
 Marque esta casilla si no desea que se divulguen sus expedientes de un centro de la Parte 2.

- Otro (por favor, describa):

Intervalo de fechas: ____/____/____ hasta ____/____/____ Si no se especifican fechas, se compartirán todos los registros de este tipo.

DENTALES:

- Radiografías dentales

Intervalo de fechas: ____/____/____ hasta ____/____/____ Si no se especifican fechas, se compartirán todas las radiografías dentales de los últimos cinco años.

- Otro (por favor, describa):

Información SOLICITADA DE:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Información DIVULGADA A:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Fecha de vencimiento del presente consentimiento: _____

Entiendo que, si no indico arriba la fecha de vencimiento, este consentimiento vencerá tres años después de la última fecha en que se me prestaron servicios en CHC. Entiendo que la información divulgada puede incluir registros médicos, psiquiátricos, de salud mental o de drogas y alcohol.

Entiendo que mi historia clínica está protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, "HIPAA") de 1996, partes 160 y 164 del Título 45, y no se puede divulgar sin mi consentimiento por escrito, a menos que se disponga lo contrario en la normativa estatal y federal. Una fotocopia o fax de este consentimiento tiene la misma validez que el original. Entiendo que se me pueden denegar los servicios si me niego a dar mi consentimiento para una divulgación con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No se me denegarán los servicios si me niego a consentir una divulgación para otros fines. Puedo revocar esta autorización por escrito ante CHC en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se haya utilizado. Usted autoriza a Community Health Centers a divulgar sus registros en los siguientes formatos: verbal, escrito, electrónico, a menos que aquí se especifique lo contrario.

Autorizo el uso y divulgación de la información sujeta a la Parte 2 del Título 42 del CFR para los siguientes fines: para todos los usos y divulgaciones futuros para mi tratamiento, pago y operaciones de atención médica. El destinatario podrá volver a divulgar la información obtenida en virtud de esta autorización, la cual dejará de estar protegida por la HIPAA o la Parte 2 del Título 42 del CFR. No obstante, la información sujeta a la Parte 2 del Título 42 del CFR no podrá utilizarse en procedimientos legales sin consentimiento o sin una orden judicial válida.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

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

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