



# SOLICITUD DE REGISTROS MÉDICOS

PLACE LABEL HERE

Administración de Información de Salud: 209-546-3870  
FAX: 209-762-6808  
Correo electrónico: myfaxmedrec@cmcenters.org

SER COMPLETADO POR EL PACIENTE O EL PACIENTE AUTORIZADO REPRESENTATIVOS  
CUALQUIER INFORMACIÓN FALTANTE PUEDE DEMORAR EL PROCESO

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

### Por la presente autorizo:

- Community Medical Centers, Inc., **o**
- \_\_\_\_\_  
Nombre del Doctor u Organización

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

### Divulgar mi información médica confidencial, como se describe a continuación, a:

- Propio  Persona designada autorizada
- Community Medical Centers, Inc.  
PO Box 779 Stockton, CA. 95201 Fax: 209-762-6808 Correo electrónico: myfaxmedrec@cmcenters.org
- \_\_\_\_\_  
Nombre del Doctor u organización

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

- De la siguiente manera:**  Correo electrónico  Fax
- En persona (si está marcado) indicar clínica de preferencia: \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_ Nota: Por favor No enviar discos a través de CD

**Para los siguientes fines:**  A petición del paciente  Otro: \_\_\_\_\_

### Mi autorización es para el uso y divulgación de los siguientes registros:

- Notas de progreso, a partir de fechas: \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_
- Lista de medicamentos, a partir de las fechas: \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_
- Registros de ingreso hospitalario y/o de urgencias, a partir de las fechas: \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_
- Informes de Radiología, a partir de fechas: \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_

- Resultados de laboratorio, a partir de fechas: \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_
- Estados de cuenta, a partir de fechas: \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_
- Registro Completo de Vacunación, a partir de las fechas: \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_
- Registros dentales, a partir de fechas: \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_
- Otro registros no mencionados (especificar): \_\_\_\_\_

**Autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información (marque según corresponda):**

- Información de tratamiento de salud mental \_\_\_\_\_ (iniciales) Fechas: \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_
- Fechas de resultados de las pruebas de VIH y tratamientos \_\_\_\_\_ (iniciales) Fechas: \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_
- Información sobre el tratamiento de alcohol/drogas \_\_\_\_\_ (iniciales) Fechas: \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_

*Se requiere una autorización por separado para autorizar la divulgación o el uso de notas de psicoterapia, según se define en las regulaciones federales que implementan la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico.*

**Mi autorización se da libremente, en el entendido de que:**

- Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto cuando la información ya haya sido divulgada en virtud de mi autorización.
- A menos que se soliciten fechas específicas anteriormente, no se enviarán más de 2 años de registros al solicitar “alguno o todos” los registros.
- CMC no podrá condicionar mi tratamiento a la provisión de esta autorización.
- La información divulgada en virtud de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario sin necesidad de una mayor protección de la confidencialidad.
- Una fotocopia o fax de esta autorización es tan válida como el original.

Espere un mínimo de 15 días para que los registros se copien y estén disponibles.

**Esta autorización se vencera:** \_\_\_\_\_ (si no se especifica, válido por 1 año a partir de la fecha de firma a continuación)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre o Representante Personal (en letra de imprenta) Fecha

\_\_\_\_\_  
Descripción de la autoridad legal del representante personal para actuar en nombre del paciente

**FOR CMC STAFF USE ONLY**

**Verification of Identity**

Requestor's identity verified by:

- verbal statement of patient's name, address, DOB
- comparison of patient's stated name, address and DOB with medical record
- copy of the authorization form provided

\_\_\_\_\_  
Printed Name and Signature of CMC Staff Title Date