



SOLICITUD DE REGISTROS MÉDICOS

Administración de Información de Salud: 209-546-3870

FAX: 209-762-6808

Correo electrónico: prforms@cmcenters.org

PLACE LABEL HERE

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: prforms@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 _____

Por favor, pase la página 2

- ☐ 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