

## AUTORIZACIÓN PARA OBTENER O DIVULGAR REGISTROS MÉDICOS E INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

### 1. INFORMACIÓN DEL/LA PACIENTE: Proporcione su información o la de su hijo/a. Una persona por formulario.

Nombre del/la paciente \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de nac. \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Por la presente, autorizo a:** **Thundermist Health Center**

**25 John A. Cummings way, Woonsocket, RI 02895 A la atención de: Departamento de Registros Médicos**  
**Tel.: 401-767-4100 Fax: 401-235-6896**

2. Marque **OBTENER**, que significa que **RECIBIREMOS** sus registros de otro personal médico O **DIVULGAR** si desea que Thundermist le **ENVÍE** sus registros de Thundermist a un médico, una médica o una persona externos. Una vez que lo haga, complete la información del centro al cual le pediremos o enviaremos la información.

**ELIJA UNA OPCIÓN:**

- Para **OBTENER** (recibir registros de un centro externo)  
 Para **DIVULGAR** (enviar registros a una persona externa o a usted)

<input type="checkbox"/> Haga clic <b>AQUÍ</b> si desea que divulguemos su registro médico <b>COMPLETO</b> .	O	<b>Divulgar SOLO estos tipos de registros (marque todo lo que corresponda):</b> <input type="checkbox"/> Médicos (incluidas las visitas de atención primaria y las de urgencia) <input type="checkbox"/> Dentales <input type="checkbox"/> Tratamiento de salud mental <input type="checkbox"/> Consumo o tratamiento por consumo de alcohol o drogas <input type="checkbox"/> Pruebas, diagnóstico o tratamiento del VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Pruebas, diagnóstico o tratamiento de infecciones de transmisión sexual <input type="checkbox"/> Información o atención para personas transgénero	<b>Especifique las fechas de tratamiento de los registros que se divulgarán:</b> Proporcione las fechas de servicio que desea que obtengamos o divulguemos. (La mayoría del personal médico busca los últimos dos años, pero, si necesita más información, podemos solicitar fechas de servicio adicionales). <input type="checkbox"/> Último mes <input type="checkbox"/> Últimos seis meses <input type="checkbox"/> Último año <input type="checkbox"/> Últimos dos años <input type="checkbox"/> TODO <input type="checkbox"/> Otro (proporcione las fechas)_____
--	---	--	---

3. *Indíquenos a quién debemos pedirle sus registros O a quién quiere que se los enviemos:*

Nombre: \_\_\_\_\_ TEL.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ FAX: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**\*\* Complete esta sección si está solicitando una copia de sus registros médicos para usted.\*\***

**Me gustaría: (seleccione una opción) \* Retirar una copia impresa \* Que me envíen una copia por correo electrónico**

Esperemos hasta 30 días para que procesemos su pedido. Si necesita los registros antes o prefiere un formato electrónico alternativo, solicítelo. Al proporcionar su dirección de correo electrónico, acepta que le enviemos su registro y entiende que es posible que el correo electrónico no cifrado no proteja la privacidad de su información médica.

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

\* **Tarifas por los registros:** *Se le podría cobrar una tarifa nominal de acuerdo con las leyes estatales para el procesamiento de su registro médico. Esa tarifa no superará los \$25.*

4. **OBJETIVO: Indíquenos para qué solicita los registros: (marque una opción)**

- Uso personal     Asunto legal     Seguro     Tratamiento por parte de un especialista  
 Tránsito de mi atención por: Mudanza Otro o insatisfacción con el servicio prestado (explique): \_\_\_\_\_

5. **FIRME LA DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN A CONTINUACIÓN:**

Entiendo que puedo revocar mi autorización por escrito en cualquier momento notificándolo a Thundermist Health Center. Entiendo que cualquier información divulgada anteriormente no estará sujeta a esta solicitud de revocación. Entiendo que mis registros se procesan conforme a las Normas de Confidencialidad Federales sobre Tratamientos para el Abuso del Alcohol y las Drogas (Parte 2, Título 42 del Código de Regulaciones Federales [CFR]) o las leyes generales del estado de Rhode Island, y no pueden divulgarse sin mi autorización por escrito, excepto que las leyes establezcan lo contrario. Entiendo que cualquier divulgación de información implica la posibilidad de que quien la recibe la vuelva a divulgar, y que la información podría no estar protegida por la Norma Federal de Privacidad en ese momento. Por lo tanto, eximo a Thundermist Health Center, a su personal y a mi personal médico de toda responsabilidad que surja de esta divulgación de mi información. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que eso no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, realizar pagos, inscribirme en un plan médico o ser elegible para beneficios. He leído la declaración anterior y la comprendo, y acepto voluntariamente la divulgación de la información según se indica en este formulario.

**A menos que la persona paciente la revoque por escrito, esta autorización vencerá cuando dicha persona ya no sea paciente.**

\_\_\_\_\_  
**Firma de/la paciente o su representante legal**

\_\_\_\_\_  
**Relación de/la representante legal con el/la paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Miembro del personal que recibe el formulario Extensión telefónica**  
 (Nombre en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**\*\*\*SOLO PARA USO DE LA OFICINA\*\*\***

Obtener solicitud enviada el: \_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_

Registros divulgados el: \_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_