

**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> . | <b>O</b> | <b>Divulgar SOLO estos tipos de registros (marque todo lo que corresponda):</b><br><input type="checkbox"/> Médicos (incluidas las visitas de atención primaria y las de urgencia)<br><input type="checkbox"/> Dentales<br><input type="checkbox"/> Tratamiento de salud mental<br><input type="checkbox"/> Consumo o tratamiento por consumo de alcohol o drogas<br><input type="checkbox"/> Pruebas, diagnóstico o tratamiento del VIH/SIDA<br><input type="checkbox"/> Pruebas, diagnóstico o tratamiento de infecciones de transmisión sexual<br><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).<br><input type="checkbox"/> Último mes<br><input type="checkbox"/> Últimos seis meses<br><input type="checkbox"/> Último año<br><input type="checkbox"/> Últimos dos años<br><input type="checkbox"/> TODO<br><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**

Espre 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  
 Tráferencia 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 notificándoselo 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 \_\_\_\_\_