



Divulgación de información médica

¿Cómo puedo obtener una copia de mi historia clínica?

- Complete el formulario de divulgación de información médica. Debe completar el formulario entero.
 - Información importante para completar el formulario:
 - **Obtención de la historia clínica:** le está solicitando a otro proveedor que le envíe expedientes a Thundermist.
 - **Divulgación de la historia clínica:** le está solicitando a Thundermist que envíe expedientes a un centro, proveedor u hospital externos. (También debe seleccionar esta opción si desea obtener una copia de su historia clínica de Thundermist para usted mismo).
 - Ingrese la información de la persona o el centro con los que deba comunicarse Thundermist en relación con su historia clínica. (Debe incluir la información de contacto correcta para permitir que el procesamiento sea más rápido).
 - Elija la opción correcta para recibir la historia clínica, ya sea que la retire o la reciba por correo electrónico.
 - Indique con sus iniciales qué información sensible específica desea divulgar si existe en la historia clínica.
 - Le recomendamos que solo divulgue los últimos dos años de los expedientes. Si se necesita más información, su proveedor le pedirá que la solicite.
 - **SI EL FORMULARIO NO CUENTA CON LA FIRMA O LA FECHA, NO ES VÁLIDO Y NO SE PROCESARÁ.**
 - **Debe completar un formulario para cada centro o proveedor.**
-

¿Tiene alguna pregunta sobre cómo completar este formulario?

Nuestro equipo de Historias Clínicas está aquí para ayudarlo si tiene preguntas. Puede llamarnos al 401-767-4100, opción 6. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 4:30 p. m., de lunes a viernes.

¿Sabía que el portal para pacientes puede ayudarlo a obtener información médica más rápido?

Si no tiene una cuenta en el portal para pacientes, puede enviar una solicitud directamente a través de Medicalrecords@thundermisthealth.org o llamar al 401-767-4100, opción 6.

¿Cómo debe devolverle el formulario a Thundermist?

Use su método preferido de comunicación. Puede devolverlo por correo electrónico a Medicalrecords@thundermisthealth.org, por fax al 401-235-6896 o por correo postal a Medical Records Department, 25 John A. Cummings Way, Woonsocket, RI 02895*.

*(Si elige devolver el formulario por medio de la dirección de correo electrónico indicada más arriba, asegúrese de proporcionar una **fotografía o imagen clara**. Si el formulario no es legible, **no podremos procesar la solicitud**).*

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER/DIVULGAR REGISTROS MÉDICOS E INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN MÉDICA

1. INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE: Debe brindarnos la información sobre usted o sobre su hijo. Una persona por formulario.

Nombre del paciente _____ Número de teléfono _____ Fecha de nacimiento _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Por medio de la presente, autorizo:

Centro de Salud Thundermist

450 Clinton Street, Woonsocket, RI 02895 A/A: Medical Records Dept (Departamento de Registros Médicos)
Tel.: 401-767-4100 Fax: 401-235-6896

2. Marque si estamos Obteniendo los registros, lo que implica que estamos RECIBIENDO sus registros de un médico externo, O marque Divulgar si quiere que ENVIEMOS sus registros de Thundermist a otro médico o persona externa. Una vez que haya marcado una de las dos opciones, complete con la información sobre el establecimiento del que estamos obteniendo los registros o al que se los estamos enviando.

ELIJA UNA OPCIÓN: OBTENER: Recibir registros de un establecimiento externo DIVULGAR: Enviar registros a un establecimiento externo

ELIJA UNA OPCIÓN: Registros médicos Registros odontológicos Información específica: _____

3. - Indíquenos de quién debemos recibir sus registros O BIEN a quién quiere que le enviemos sus registros:

Nombre: _____ Tel.: (____) _____ Fax: (____) _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

**** Solo debe completar esta sección si está solicitando una copia de sus registros médicos para usted****

Deseo: *(elija una opción)* * Retirar una copia impresa * Recibir una copia digital por correo electrónico
 Procesar la solicitud puede llevar hasta 30 días. Si necesita sus registros antes o si prefiere un formato electrónico alternativo, solicítelo. Al brindar su dirección de correo electrónico, otorga su consentimiento para que se le envíe su registro por correo electrónico y comprende que **es posible que el correo electrónico no encriptado no proteja la privacidad de su información médica.**

Dirección de correo electrónico: _____

* Cargos por los registros: Es posible que se le cobre un cargo nominal de conformidad con las leyes estatales por el procesamiento de su registro médico. Este no superará los \$25.00.

Las leyes federales y estatales exigen permisos especiales para divulgar cierta información. Coloque sus iniciales junto a la información que **DESEA** que enviemos. Enviaremos la clase de registro indicado en la sección 2, que se encuentra anteriormente, JUNTO CON los ítems que señale a continuación. **DEBE** colocar sus iniciales antes de cada uno de los ítems que quiere que enviemos:

____ Tratamiento de salud mental ____ Tratamiento por consumo de sustancias ____ HIV/SIDA ____ Infecciones de transmisión sexual

4. Especifique las fechas de tratamiento de los registros que se divulgarán: Indique las fechas del servicio que quiere que obtengamos o divulguemos. (La mayoría de los proveedores solicitan los dos últimos años; si se necesita más información, podemos pedir fechas del servicio adicionales).

Desde (fecha): _____ Hasta (fecha): _____

5. PROPÓSITO: Indique cuál es el fin de esta solicitud de registros: (marque una opción)

Usó personal Asunto legal Seguro Tratamiento con un especialista

Transferencia de mi atención debido a: Mudanza Otro motivo o no estoy satisfecho con el servicio que recibí
 (explique): _____

6. FIRME LA SIGUIENTE DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN:

Una vez que estén completos todos los campos, firme y ponga la fecha en el formulario.

Comprendo que puedo revocar mi autorización por escrito en cualquier momento notificando al Centro de Salud Thundermist. Comprendo que cualquier información previamente divulgada no estará sujeta a mi solicitud de revocación. Comprendo que mis registros se procesan de conformidad con las Federal Confidentiality Regulations of Alcohol and Drug Abuse Treatment (Reglamentaciones Federales sobre Confidencialidad del Tratamiento de Alcoholismo y Abuso de Sustancias) (42 CFR, parte 2) o las General Laws of the State of Rhode Island (Leyes Generales del Estado de Rhode Island) y no pueden divulgarse sin mi autorización por escrito, excepto en los casos en que las leyes especifiquen lo contrario. Comprendo que toda divulgación de información implica el potencial de una nueva divulgación por parte del receptor y que la información puede ya no estar protegida por la Federal Privacy Rule (Ley de Privacidad Federal). Por lo tanto, eximo al Centro de Salud Thundermist, sus empleados y mis médicos de toda responsabilidad que surja de esta divulgación de mi información médica. Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que el hecho de que me niegue a hacerlo no afectará mi capacidad para realizar tratamientos, pagos o la inscripción en un plan de salud o mi elegibilidad para recibir beneficios. Léi y comprendo la declaración anterior, y doy mi consentimiento de manera voluntaria para que se divulgue la información según se indicó en este formulario.

A menos que el paciente la revoque por escrito, esta autorización expirará cuando el paciente deje de tratarse.

 Firma del paciente/representante legal

 Relación entre el paciente y el representante legal

 Fecha

 Miembro del personal que recibe el formulario
 (Nombre en letra de imprenta)

 Interno telefónico

 Fecha

*****SOLO PARA USO OFICIAL*****

La solicitud de obtención se envió el:
 _____ Iniciales _____

Los registros se divulgaron el:
 _____ Iniciales _____