



Santa Rosa Community Health
Autorización para
Revelar/Obtener Información Médica

Request date:
Chart #:

Nombres y apellidos del paciente
Teléfono
Fecha de nacimiento
Dirección, ciudad, estado y código postal del paciente

¿Cuáles registros médicos autoriza para que sean revelados/obtenidos?

- Un resumen de mi cuidado médico
Sólo el historial médico desde (fecha): hasta (fecha):
Sólo el historial médico relacionado con un tipo específico de atención médica (rayos X, pruebas de laboratorio, etc.):
Mi expediente médico completo

¿Autoriza para que su expediente médico incluya información sobre estas condiciones?

- Infección con el VIH o SIDA
Notas de psicoterapia/tratamiento de salud mental
Tratamiento por el abuso de alcohol y/o drogas
Sí lo autoriza No lo autoriza

¿Razón por la cual se da ésta autorización?
la/el paciente está cambiando de proveedor de cuidado médico
otra razón:

Autorización para que SRCH pueda OBTENER mi Información Médica

Autorizo para que el siguiente doctor/institución mande mi información médica a SRCH:

Nombre:
Dirección:
Ciudad, estado, código postal: Teléfono:

Por favor enviar esta información a: Urgente – por favor enviar por FAX

Medical Records, 751 Lombardi Dr., Suite B, Santa Rosa, CA 95407 Fax: 707-303-3094 Teléfono: 707-547-2222

Autorización para que SRCHC pueda REVELAR mi Información Médica

Autorizo para que SRCH mande mi información médica al doctor/institución:

Nombre:
Dirección:
Ciudad, estado, código postal: Teléfono:

Firme a continuación para dar su permiso

Yo autorizo para que mi información sea revelada/obtenida con el propósito de mi cuidado de salud. Este documento tendrá validez por un año. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto cuando la información ya haya sido revelada/obtenida. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Entiendo que mi información de salud no puede ser utilizada o compartida de otras maneras a menos que yo dé otra autorización, o a menos que específicamente sea permitido por la ley. La instalación, sus empleados, funcionarios y doctores están exonerados de cualquier responsabilidad legal por revelar mi información de salud en la medida en que estén autorizados.

Quiero que esta autorización termine en esta fecha, o cuando ocurra este evento:

Firma: Parentesco con el paciente:



Proceso Para Solicitar Información Médica

- ✓ Llenar Autorización para revelar/Obtener Información Médica **completamente y correctamente**.
- ✓ Proveer Identificación
- ✓ Legalmente tenemos 15 días hábiles para completar su solicitud.
 - El proceso comienza una vez que la solicitud haiga sido sometida y toda la información haiga sido incluida correctamente.
- ✓ Por favor ponga sus iniciales oh marque la caja que indica “Si lo autoriza” oh “No lo autoriza” para los archivos confidenciales cerca del centro de la página.
- ✓ Si usted está solicitando información médica para usted mismo(a), Hay un cobro de \$15 (para archivos de más de 15 páginas).
 - Archivos con información médica de menos de 15 páginas son gratis
 - Si hace varias solicitudes sobre un corto periodo de tiempo pidiendo la misma información, habrá un cobro de \$1 por página, oh \$15.
 - Hay un cobro de \$15 para enviar archivos médicos a un abogado
- ✓ Si necesita archivos médicos enviados a otro doctor oh a otra facilidad médica, no hay cobro por enviar records por correo/fax.
- ✓ Copias de vacunas y exámenes físicos son gratis.
- ✓ Imprimir el resumen medico de su visita es gratis.
- ✓ Si usted está pidiendo copias de sus **archivo de Salud Mental** de su Psiquiatra/ psicólogo, su solicitud tendrá que ser enviada a el proveedor metal para que apruebe la liberación de los archivos. Le aconsejamos hablar con su Psicólogo/psiquiatra sobre obtener copias de sus records para poder acelerar el proceso.

Si usted tiene preguntas por favor llame al departamento de HIM:

707-547-2220 Extensión 3250