



Santa Rosa Community Health
Autorización para Compartir Información Médica

Request date:
Chart #:

Nombre y apellido de la/el paciente
Teléfono
Fecha de nacimiento

Dirección, Ciudad, Estado y Código Postal de la/el Paciente

¿Qué registros médicos autoriza para que sean compartidos?

- mi expediente médico completo (los últimos 2 años)
Sólo los registros de esta fecha: a esta fecha:
Sólo los registros de un tipo específico de atención médica (como rayos X, pruebas de laboratorio, etc.):
Un resumen médico de mi cuidado

¿Desea que se incluya información sobre estas especialidades y/o condiciones?

- Visitas Dentales solamente
Infección con el VIH o SIDA
Tratamientos de Salud Mental/Notas de Psicoterapia
Tratamiento para el abuso de alcohol y/o drogas
Cuidado para Afirmar el Género
Opciones por Embarazo
Sí autorizo No autorizo
Sí autorizo No autorizo
Sí autorizo No autorizo
Sí autorizo No autorizo
Sí autorizo No autorizo
Sí autorizo No autorizo

¿Por qué razón da esta autorización? la/el paciente está transfiriendo cuidado

por otra razón:

■ Compartan mis Registros Médicos de este Proveedor/Doctor/Clínica con SRCH

Doy autorización para que ESTE proveedor/doctor/clínica comparta mis registros médicos:

Nombre:

Dirección:

Ciudad/Estado/Código Postal: Teléfono:

Please send records Attn: Medical Records:

- URGENT – PLEASE FAX: 707-303-3094
Send/Deliver/Route to Medical Records (mail, drop off, fax)

SRCH Medical Records Department

1110 N. Dutton Avenue Santa Rosa, CA 95401

Phone: 707-236-6909 | Fax: 707-303-3094

■ Compartan mis Registros Médicos de SRCH con este Proveedor/Doctor/Clínica:

Doy autorización para que SRCH comparta mis registros médicos con este proveedor/doctor/clínica:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____ Teléfono: _____

Firme a continuación para dar su Autorización

Yo autorizo que mi información sea compartida con la finalidad de mi cuidado médico. La duración de este permiso es de un año. Entiendo que puedo dejar sin efecto esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto cuando la información ya ha sido compartida. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Entiendo que mi información médica 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. Las clínicas, sus empleados/empleadas, funcionarios/funcionarias y médicos están libres 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: _____ Fecha: _____

Relación con la/el paciente: _____

Nombre de la/el Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

SRCH Medical Records Department

1110 N. Dutton Avenue Santa Rosa, CA 95401

Phone: 707-236-6909 | Fax: 707-303-3094

Proceso Para Solicitar Información Médica

- ✓ Llenar la Autorización para Compartir Información Médica **completa y correctamente**
 - La autorización no es válida si no la ha llenado completamente y va a demorar el proceso.
- ✓ Muestre su Identificación
- ✓ Legalmente tenemos **15 días hábiles para completar** su solicitud.
 - El proceso comienza una vez que la solicitud haya sido entregada y que toda la información que se le pida haya sido dada correctamente.
- ✓ Asegúrese de completar la sección de **Especialidades y/o Condiciones**. Marque todas las casillas para indicar “Si autorizo” o “No autorizo” que se comparta mi información.
- ✓ Si está solicitando información médica para usted misma(o). Hay un cobro de \$15 (para archivos de más de 15 páginas).
 - Los archivos con información médica de menos de 15 páginas son gratis
 - Si hace varias solicitudes dentro de un corto periodo de tiempo y está pidiendo la misma información, habrá un cobro de \$1 por página, o de \$15.
 - Hay un cobro de \$15 para enviar archivos médicos a un abogado.
- ✓ Si necesita que los archivos médicos sean enviados a otra/otro doctor, o a otra institución médica, no hay cobro por enviar los archivos por correo o por fax.
- ✓ Hay varios métodos para compartir la información médica que incluyen: copias en papel, por medios electrónicos o por medio del portal MyChart para pacientes. Las/los pacientes pueden inscribirse visitando <https://srhealth.org/epic-live/mychart>
- ✓ Las copias de los Registros de las Vacunas y Exámenes Físicos son gratis.
- ✓ Una copia impresa de su Resumen Médico es gratis.
- ✓ Si usted está pidiendo copias de sus **registros de salud mental** de su psiquiatra/psicólogo, su solicitud tendrá que ser enviada al proveedor de salud mental para que apruebe la solicitud de los archivos. Le aconsejamos que hable con su psicólogo/psiquiatra antes de pedir las copias de sus registros de salud mental para poder acelerar el proceso.

SRCH Medical Records Department

1110 N. Dutton Avenue Santa Rosa, CA 95401

Phone: 707-236-6909 | Fax: 707-303-3094