

SOLICITUD DE ACCESO A INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA



TIER: _____ MRN: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AA): _____

Número de teléfono: _____ Últimos 4 dígitos del NSS (opcional): _____

INFORMACIÓN DEL DESTINATARIO

Divulgación al paciente Divulgación a un tercero Nombre (empresa/organización/persona): _____

Relación con el paciente: _____

Número de teléfono: _____

MÉTODO DE ACCESO/ENTREGA

Correo electrónico Dirección de correo electrónico: _____

Fax Número de fax: _____

Correo postal Dirección postal: _____

Retiro en persona Oficina de Brighton: Oficina de DCMB: Oficina de Thornton:

Oficina de Broomfield: Early Childhood Services: Oficina de Westminster:

Oficina de Commerce City: Oficina de Northglenn:

Coordinar una fecha, hora y lugar para examinar los registros de la historia clínica.

INFORMACIÓN A DIVULGAR

Información que será divulgada, intercambiada y compartida (marque los documentos que serán divulgados e intercambiados)

La historia clínica, O Otro (especificar): _____

FECHAS DE SERVICIO ASOCIADAS CON LA SOLICITUD

Episodio actual de atención, O Fecha de inicio _____ fecha de finalización: _____

• Los registros de la historia clínica pueden incluir información confidencial relacionada con el tratamiento de drogas o alcohol, que está protegido por la ley federal 42 CFR, Parte 2, o el tratamiento del VIH.

• ES POSIBLE QUE SE LE COBRE UNA TARIFA PARA CUBRIR EL COSTO DE GENERAR LOS REGISTROS.

• Community Reach Center no es responsable del acceso no autorizado a la Información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) que se encuentra en formato electrónico o cualquier riesgo (por ejemplo, virus) que pudiera introducirse en su computadora/dispositivo al recibir archivos electrónicos.

• Toda la documentación actualizada de custodia legal/tutela debe ser proporcionada antes de la divulgación de los registros.

• Si los registros se envían a un tercero, debe haber un Permiso de divulgación de información (ROI, por sus siglas en inglés) válido en el archivo de Community Reach Center.

• En algunos casos, antes de otorgar o denegar el acceso a un registro de salud mental, el Centro puede solicitar que un médico que practica psiquiatría y que sea un tercero independiente revise el registro y consulte con el personal del Centro. Por la presente doy mi permiso para dicha revisión.

• El Centro aprobará o rechazará esta solicitud dentro de 30 días de haber recibido este formulario debidamente completado. El Centro puede extender este periodo de 30 días, si es necesario, y se le notificará si ese es el caso.

• Los registros permanecerán disponibles para retirarlos en persona en la ubicación seleccionada durante 45 días después de la confirmación del procesamiento.

_____ He leído lo anterior y autorizo voluntariamente la divulgación de la información de salud protegida como se indica.

Initial

Paciente o representante autorizado

Fecha

Nombre en letra de molde

_____ Atestiguo que tengo la custodia legal del Paciente mencionado y/o la autoridad para obtener sus registros de tratamiento.

Initial

Envíe el formulario y los documentos asociados al Departamento de registros médicos por fax al (303) 287-2477 o por correo electrónico a CRCMedRecords@communityreachcenter.org.