

La información de la paciente (favor de imprimir)

Nombre del paciente	Fecha de Nacimiento	Seguro Social
Teléfono	Correo electrónico	
Dirección		

***Si esta sección no se completa, los registros se enviarán al paciente.**

Obtener registros médicos: Autorizo al siguiente proveedor de atención médica a divulgar mi información de salud individual identificable o la del paciente como se describe a continuación.	Enviar registros médicos a: Autorizo al proveedor de atención médica a divulgar la información descrita en este comunicado a: <input type="checkbox"/> Yo mismo/a
Nombre/Agencia	Nombre/Agencia
Dirección	Dirección
Ciudad/Estado/Código postal	Ciudad/Estado/Código postal
Teléfono	Teléfono
Fax	Fax
Correo electrónico seguro	Correo electrónico seguro

Rango de fechas para registros solicitados: De _____ A _____.

Información médica solicitada (Marque todo lo que corresponda)

- ☐ Notas de oficina
 ☐ PHS Informes de consulta
 ☐ Informes de laboratorio
 ☐ Registros de facturación
☐ Informes de radiología
 ☐ Registros de inmunización
 ☐ Registros dentales
 ☐ Registros médicos completos
☐ Otro: _____

Objeto de la solicitud:

- ☐ Cambiar proveedor
 ☐ Atención continua
 ☐ El Seguro
 ☐ Segunda opinión
 ☐ Otro: _____
☐ Legal
 ☐ Solicitud del paciente
 ☐ Escuela
 ☐ Discapacidad
 ☐ Compensación de trabajadores

Entrega preferida: ☐ Copia en papel ☐ Unidad flash ☐ Correo Electrónico* ☐ Fax ☐ Portal del Paciente/Intelichart

**Al proporcionar a Primary Health Solutions mi dirección de correo electrónico, entiendo y acepto los riesgos que implica la transmisión de mi documentación médica. Debido a limitaciones de tamaño, es posible que los registros se envíen por correo.*

Mi información altamente confidencial

Al poner mis iniciales a continuación, doy permiso para que esa información específica se use o comparta como se describe en esta autorización.

_____ Tratamiento de salud mental
 _____ Infecciones de transmisión sexual
 _____ Abuso de sustancias
 _____ Enfermedad infecciosa
 _____ Información sobre pruebas genéticas
 _____ HIV/AIDS pruebas y tratamiento

Envíe solicitudes de registros a:

Primary Health Solutions – Medical Records

PO Box 837 | Hamilton, OH | 45012

Fax: (513) 737-1592 | **Telefono:** (513) 869-4192

Correo electrónico: medicalrecords@myprimaryhealthsolutions.org

Autorización para liberar

- Doy permiso para divulgar solo la información que he seleccionado en este formulario a las personas o agencias que he nombrado y solo para los fines que he verificado.
- Entiendo que esta autorización es válida por un año a partir del día en que se firmó o el _____, y puedo negarme a firmar esta autorización o revocarla en cualquier momento. Si revoco o no firmo, eso no impedirá que me atiendan en Primary Health Solutions.
- La revocación entrará en vigor el día en que Primary Health Solutions reciba una notificación por escrito a la atención del Departamento de Registros Médicos del paciente y/o representante legal a la dirección postal que figura al final de esta página
- Entiendo que si revoco esta Autorización, no afectará ninguna acción que el Proveedor de Atención Médica haya tomado antes de recibir la carta de revocación.
- Entiendo que si la persona o entidad que recibe la divulgación de información no es una organización de atención médica cubierta por las regulaciones federales de privacidad o un socio comercial de esa organización, la información puede enviarse nuevamente y ya no está protegida.
- Las solicitudes se completarán dentro de los 30 días siguientes a la recepción de esta autorización. Primary Health Solutions, Departamento de Registros Médicos se comunicará con el solicitante si alguna parte de la solicitud no se puede completar.
- Es posible que se requiera su identificación para proteger su privacidad.

Por la presente certifico que he leído y entiendo la información proporcionada en esta autorización. Entiendo y acepto sus términos.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma del representante: _____ **Fecha:** _____

Nombre representativo (favor de imprimir): _____

Autoridad para representar a un individuo:

☐ Madre/Padre ☐ Guardián ☐ Poder Legal ☐ Representante autorizado

Uso exclusivo del personal.

Witness (Staff) Signature: _____ **Date:** _____

- **Identity Verified:** ☐ ID Provided
- **Representative Validated** (if applicable): ☐ Documented in Chart
- **Patient MRN:** _____
- **Date Indexed in Patient Chart:** ____/____/____

Envíe solicitudes de registros a:

Primary Health Solutions – Medical Records

PO Box 837 | Hamilton, OH | 45012

Fax: (513) 737-1592 | **Telefono:** (513) 869-4192

Correo electrónico: medicalrecords@myprimaryhealthsolutions.org