

**\*\* La solicitud no será válida si no se completa en su totalidad.**

**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.**

|   |  |
|---|--|
| <b>Obtener registros médicos:</b> Autorizo al siguiente proveedor de atención médica a divulgar mi información de salud individual identificable o la del paciente como se describe a continuación. | <b>Enviar registros médicos a:</b> Autorizo al proveedor de atención médica a divulgar la información descrita en este comunicado 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

**\*\* La solicitud no será válida si no se completa en su totalidad.**

**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