



Divulgación de Información Médica Iniciada por el Paciente

Todos los espacios en blanco deben completarse. Este formulario debe devolverse en persona a una clínica de HealthPoint. En este momento no aceptamos por fax ni por medios electrónicos las solicitudes que el paciente haga de esta información.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____

Dirección: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono alternativo: _____ Correo electrónico: _____

Autorizo al Centro y a su personal administrativo y clínico a divulgar la siguiente información médica protegida:

- ☐ Inmunizaciones (Registros de Vacunas) \$1.00 de tarifa si se solicita copia en papel.
- ☐ Historial Completo (Excluye información de VIH y Salud Mental, Alcohol/Drogas)
- ☐ Notas de Progreso (últimas 3) ☐ Información relacionada con VIH (debe iniciar) _____
- ☐ Laboratorios/Radiología/EKG ☐ Historial/Examen Físico ☐ Salud Mental, Alcohol/Drogas (debe iniciar) _____
- ☐ Información de Planificación Familiar ☐ Cuidado Prenatal (Atención prenatal, parto, etc.)
- ☐ Dental ☐ Otro _____

A lo siguiente:

- ☐ Institución o Médico:

Institución o Médico: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Fax: _____

- ☐ Tercera Persona (no puede ser menor de edad; debe presentar una identificación con foto al recogerlo)

Nombre de la Persona: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Relación: _____

- ☐ A Mí Mismo (nota: si elige esta opción, los registros SOLO pueden entregarse a usted)

Este consentimiento expirará noventa (90) días después de la fecha de mi firma, a menos que se especifique lo contrario. Entiendo que puedo revocar esta autorización, excepto por acciones ya realizadas, en cualquier momento enviando una notificación por escrito al Contacto de Cumplimiento del Centro en:

A la atención de: Oficial de Cumplimiento

Dirección postal: 1500 University Dr. East College Station, TX 77840

Entiendo que si más adelante revoco este consentimiento, la revocación no aplica a los usos o divulgaciones que el Centro ya haya hecho confiando en mi consentimiento, ni aplica si mi consentimiento se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro y el asegurador tiene el derecho legal de disputar un reclamo. Entiendo que la información usada o divulgada bajo este Consentimiento puede ser compartida por quien la reciba y podría ya no estar protegida por la ley federal o estatal. Entiendo que mi tratamiento, el pago de mi tratamiento, mi inscripción en un plan de salud y mi elegibilidad para beneficios no se verán afectados si no firmo este formulario.

Firma del Paciente o Representante

Nombre en Letra de Molde del Paciente o Representante



Divulgación de Información Médica Iniciada por el Paciente

Entrega y Tarifas (esta página no es necesaria para Registros de Vacunas)

¿Cómo desea que se entreguen los registros al destinatario?

- ☐ Por Fax (gratis)
- ☐ Copias en Papel (aplica tarifa de impresión y procesamiento)

Tarifa por procesamiento de registros en papel:

Registros de inmunización: \$1.00

Otros registros: \$5 para registros desde 2011 en adelante, \$20 para registros anteriores a 2011

Método de Contacto

Si hay algún problema y necesitamos comunicarnos con usted sobre su solicitud, ¿cómo prefiere que lo contactemos?

- ☐ Teléfono Celular ☐ Correo Electrónico ☐ Teléfono Alternativo ☐ Dirección Postal

Tiempo de Entrega

Los registros desde 2011 en adelante estarán listos o serán enviados dentro de 72 horas. Los registros anteriores a 2011 estarán listos o serán enviados dentro de 7 días.

Tenga en cuenta que ningún registro médico puede entregarse a menores de edad.

Si tiene alguna otra pregunta, por favor consulte al personal.

Uso Exclusivo del Personal de HealthPoint

- ☐ Formulario Completado
- ☐ Identificación Verificada y Copiada
- ☐ Tarifa Cobrada (si se solicitan registros en papel) (sin tarifa para pacientes de Medicaid, PHC, HTW o FP)
- ☐ Información y Método de Contacto Confirmados
- ☐ Tiempo de Entrega Discutido
- ☐ Documentos Escaneados y Asignados al Personal de Registros Médicos

Nombre del Personal: _____

Revisado: 10.28.2022

Aprobado: