



Community First Health Centers
Improving the quality of life for our community.

OFFICE USE ONLY

Date Received: _____ Provider's Initials: _____

Date Released: _____ Sender's Initials: _____

Autorización para divulgar información de salud protegida (Conjunto de registros designado)

Complete todas las secciones de este formulario para que podamos atender su solicitud de información.

1. Firmar esta autorización es voluntario. Community First Health Centers no negará ni modificará su tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios si decide no firmar este formulario.

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE		APELLIDO DE SOLTERO(A) U OTRO NOMBRE (ALIAS)		FECHA DE NACIMIENTO	
DIRECCIÓN		CIUDAD		ESTADO	
				CÓDIGO POSTAL	
TELÉFONO DE CASA		TELÉFONO CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO	

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE COMMUNITY FIRST HEALTH CENTERS

2. ¿Quién debe recibir la información y cómo debemos enviarla?

☐ **A MÍ MISMO:** Solicito que Community First Health Centers me entregue mi información de salud protegida.

Método de entrega: ☐ Correo electrónico ☐ Recoger en la oficina ☐ Correo de EE. UU. a mi dirección ☐ Fax: _____

☐ **OTRA PERSONA:** Soy el paciente o su representante legalmente autorizado. Solicito que Community First Health Centers divulgue la información de salud protegida del paciente indicado arriba a la siguiente persona u organización:

PERSONA		EMPRESA U ORGANIZACIÓN	
DIRECCIÓN		CIUDAD	
		ESTADO	
		CÓDIGO POSTAL	
NÚMERO DE TELÉFONO		NÚMERO DE FAX	
		CORREO ELECTRÓNICO	

Seleccione el método de entrega: ☐ Fax ☐ Correo de EE. UU. ☐ Correo electrónico

3. Propósito de la divulgación de información:

- ☐ Continuación o transferencia de la atención
☐ Asunto legal/abogado
☐ Compañía de seguros

- ☐ Compensación para trabajadores
☐ Solicitud del paciente
☐ Otro (especifique): _____

4. Registros que divulgará Community First Health Centers:

Autorizo a Community First Health Centers a divulgar y/o recibir la información de salud descrita a continuación. Esta autorización se aplica a los registros relacionados con mi atención y tratamiento, incluidos registros médicos, radiografías, fotografías, registros electrónicos y digitales y cualquier otra información de salud, a menos que limite específicamente la información que se divulgará. Entiendo que los registros divulgados conforme a esta autorización pueden incluir información relacionada con el diagnóstico, tratamiento o derivación para el tratamiento de trastornos por consumo de alcohol o sustancias que está protegida por la ley federal (42 CFR Parte 2); servicios de salud mental, psiquiátricos, psicológicos y de trabajo social; e información sobre enfermedades e infecciones transmisibles según las define la ley de Michigan, incluidas, entre otras, la tuberculosis, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA.

Mis registros de salud pueden incluir información sobre:

Esta autorización no permite la divulgación de notas de psicoterapia, para las cuales se requiere una autorización por separado.

Información que se divulgará (marque todas las que correspondan):

- ☐ Registros médicos* de estas fechas de servicio: _____
☐ Resultados de radiografías (especifique fechas): _____
☐ Resultados de laboratorio (especifique fechas): _____
☐ Otros registros o información (especifique): _____
☐ Registro médico completo*
☐ Servicios consentidos por el menor, según lo permite la ley de Michigan

EXCLUIR la siguiente información

(marque cualquier información que NO desea que se divulgue):

- ☐ Registros de tratamiento por consumo de alcohol y sustancias
☐ Registros de salud mental
☐ Información sobre VIH/SIDA
☐ Otro (especifique): _____

*El Conjunto de Registros Designado

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A COMMUNITY FIRST HEALTH CENTERS

5. Envíe los registros solicitados al centro de Community First Health Centers seleccionado a continuación:

☐ Community First Algonac Health Center ATTN: MEDICAL RECORDS 555 St. Clair River Drive Algonac, MI 48001 FAX: (810) 794-7645	☐ Community First Algonac Child and Adolescent Health Center ATTN: MEDICAL RECORDS 5200 Taft Road Algonac, MI 48001 FAX: (810) 777-9971
☐ Community First New Haven Health Center ATTN: MEDICAL RECORDS 58144 Gratiot Avenue, PO Box 480430 New Haven, MI 48048 FAX: (586) 749-5560	☐ Community First Port Huron Teen Health Center ATTN: MEDICAL RECORDS 2215 Court Street Port Huron, MI 48060 FAX: (810) 987-0651
☐ Community First Port Huron Health Center ATTN: MEDICAL RECORDS 1011 Military Street Port Huron, MI 48060 FAX: (810) 488-8005	

Envíe los registros médicos por: ☐ Correo de EE. UU. ☐ Fax ☐ Correo electrónico _____

Autorizo la divulgación de información de salud a Community First Health Centers proveniente de:

NOMBRE			
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO		NÚMERO DE FAX	

6. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a la atención de Registros Médicos en el centro de Community First Health Centers donde recibí servicios. Entiendo que revocar esta autorización no afectará ninguna información ya divulgada ni las acciones tomadas antes de que se reciba mi solicitud de revocación.
 Entiendo que quizá no pueda revocar esta autorización si se firmó con el propósito de obtener cobertura de seguro.
 Entiendo que tengo derecho a inspeccionar u obtener una copia de la información que se utilizará o divulgará, según lo permitido por 45 CFR § 164.524.
 Entiendo que esta autorización vencerá un (1) año después de la fecha en que la firme, a menos que la revoque antes. Si deseo que esta autorización venza antes de un año, he indicado la fecha de vencimiento a continuación:
 Fecha de vencimiento: _____
7. Entiendo que, para ayudar a proteger mi información de salud, los registros enviados por correo electrónico estarán cifrados y protegidos con contraseña, a menos que solicite lo contrario. Entiendo que las comunicaciones por correo electrónico enviadas por Internet no siempre son seguras y pueden ser interceptadas, consultadas o leídas por alguien que no sea el destinatario previsto. Al elegir enviar o recibir mi información de salud por correo electrónico, reconozco y acepto estos riesgos.

FIRMA DEL PACIENTE O DE LA PERSONA LEGALMENTE AUTORIZADA	NOMBRE EN LETRA DE MOLDE	FECHA	HORA

SI ESTA AUTORIZACIÓN INCLUYE REGISTROS RELACIONADOS CON SERVICIOS CONSENTIDOS POR EL MENOR, EL PACIENTE MENOR DE EDAD DEBE FIRMAR ESTA AUTORIZACIÓN CUANDO LO EXIJA LA LEY APLICABLE.

FIRMA DEL TESTIGO	NOMBRE EN LETRA DE MOLDE	FECHA

☐ SE PROPORCIONÓ TRADUCCIÓN

Las normas de Privacidad de la Información de Salud que Permite la Identificación Personal, 45 CFR Partes 160 y 164, establecen que la información utilizada o divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a divulgación por parte del destinatario de esta información. Las normas federales de confidencialidad de la Parte 2 del CFR prohíben cualquier divulgación adicional de información sobre drogas o alcohol, a menos que la divulgación adicional de esta información esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a quien corresponde o según lo permita de otro modo la Parte 1 de 42 CFR.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades y recibe financiamiento parcial de una subvención de la Oficina de Atención Primaria de Salud, Administración de Recursos y Servicios de Salud, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.