Solo para uso de la oficina
Chart #:

Ingrese su información personal en esta sección

Información del paciente:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de teléfono: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Institución a la que se le solicita el historial médico:

Usted autoriza a Cherokee Health a obtener registros del siguiente proveedor de atención médica

Nombre de la institución: _____

Número de teléfono: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Institución a la que enviaremos el historial médico:

Usted autoriza a Cherokee Health a enviar sus registros médicos a este proveedor de atención médica

Nombre de la institución: _____

Número de teléfono: _____

Ciudad: _____

Fechas de solicitud del historial médico: Desde _____

Información médica que está siendo solicitada*:

- ☐ Historial médico
- ☐ Historial de salud del comportamiento
- ☐ Historial de tratamientos por desorden de abuso de sustancias
- ☐ Otro (por favor especifique) _____

*Entiendo y acepto que la solicitud que estoy autorizando puede incluir información que podría ser considerada información acerca de servicios de planificación familiar y enfermedades contagiosas, lo que puede incluir, pero no está limitado a: hepatitis, sífilis, gonorrea, Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Entiendo que, si existiese, mi historial médico de tratamiento por desorden de uso de sustancias se encuentra protegido bajo regulaciones federales que están gobernadas por el 42° Código de Regulaciones Federales: Confidencialidad e Historial Médico de Abuso de Sustancias Ilícitas, parte 2, por la Ley de Contratación y Responsabilidad en los Seguros de Salud de 1996 (HIPAA y por el 45° CRF, puntos 160 y 164. Esta información no puede ser divulgada sin mi autorización por escrito a menos que las regulaciones, otra ley gobernante o una orden judicial establezcan lo contrario. También entiendo que, al autorizar la solicitud del historial médico, puede que haya información limitada que incluya uso de sustancias y/o diagnósticos y tratamientos relacionados con salud del comportamiento.

Propósito

- ☐ Uso personal
- ☐ Legal
- ☐ Discapacidad
- ☐ Coordinación de cuidados de salud
- ☐ Transferencia de cuidados de salud
- ☐ Otro motivo: _____

Firma del paciente:

Asegúrese de firmar y fechar antes de enviar a Cherokee Health o Vital Records Control

Por medio de la presente firma yo certifico: 1: Si estoy solicitando el historial médico de mi propio [illegible] que tengo al menos 16 años de edad; o si estoy solicitando el historial médico que tengo al menos [illegible] dio legal del receptor de un servicio que tiene menos de 16 años de edad en el caso de solicitud del hist[illegible] ustancias, o que tiene menos de 18 años en el caso de solicitud de historial médico, o 3: Que soy el tut[illegible] *litem* del receptor del servicio, con el propósito de un litigio en el que el tutor *ad litem* está sirviendo, [illegible] e tiene el derecho de tomar decisiones bajo la jurisdicción del poder general en nombre del receptor del [illegible] e personal en nombre del receptor del servicio ya fallecido. Entiendo que esta autorización es válida por 12 meses a partir de la fecha en que se firma, y que puedo cancelar esta solicitud con una notificación por escrito firmada por mí, pero dicha notificación no tendrá ningún efecto en la información que ha sido solicitada antes de la emisión de la notificación de cancelación por escrito.

Nombre en letra de imprenta: _____ Firma de autorización: _____

Fecha: _____ Relación con el paciente:

- ☐ Yo soy el paciente
- ☐ Otro: _____