



FAX: 866-257-8195 (correo electrónico: [ICS@valley-widehealth.org](mailto:ICS@valley-widehealth.org))

## Formulario de Solicitud de Información Médica Protegida (PHI) de Salud Conductual

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del Proveedor/Entidad/Individuo que Solicita la PHI: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Para solicitar Información Médica Protegida del paciente, el paciente debe firmar un **Formulario de Autorización de Divulgación de Información que Cumple con HIPAA** que específicamente autoriza al Solicitante a obtener su Información Médica Protegida.

**Propósito de la Solicitud:**  Coordinación de Atención  Legal  Personal  Otro:  
\_\_\_\_\_

### Información que se Divulgará:

#### Información que se Divulgará:

- Reporte de Tratamiento Ambulatorio  Laboratorio y Patología  Notas de Progreso de Terapia  
 Admisión de Salud Mental y Evaluación Actualizada  Notas de Compañero  Diagnostico  
 Medicamento Psiquiátrica Notas de Servicios  Resumen de cuando lo dieron de alta  Plan de Tratamiento  
 Evaluación Psiquiátrica  Resultados de Análisis de Orina/Alcoholímetro (prueba de alcohol)  Otro:  
 Notas de Administración de Casos  Asistencia  
 Historial Médico Completo/ De que Fechas: \_\_\_\_\_ Hasta que Fechas: \_\_\_\_\_

### Información Sensible

- Resumen del Tratamiento de Crisis \_\_\_\_\_  Resumen del Tratamiento de la Unidad de Manejo de Síndrome/Síntomas de Abstinencia \_\_\_\_\_  
 Consumo de Sustancias y/o Alcohol \_\_\_\_\_  Resumen del Tratamiento Residencial Transitorio \_\_\_\_\_  
 Resumen de la Unidad del Tratamiento Agudo \_\_\_\_\_  Información Relacionada con el VIH/SIDA \_\_\_\_\_  
 Enfermedad Transmitido Sexualmente \_\_\_\_\_

Las solicitudes de registros pueden tardar hasta 10 (diez) días laborales en completarse. Por favor, seleccione cómo le gustaría recibir sus registros:

- Formato Electrónico - (CD/USB – La Tarifa es \$15; Correo electrónico o otro proceso electrónico cifrado – es \$6.50)  
 Formato de Papel (Tarifa de Pagina \$18.53 paginas 1-10, \$.85 paginas 10-40, \$.57 páginas más de 40) más gastos de envío y costos reales del envío

**Los registros enviados para la coordinación de la atención se proporcionarán sin costo alguno.**

\* Definición de Registro de Continuidad de Atención (CCR) – Resumen electrónico parcial o toda la

información médica contenida en el expediente médico electrónico. Diseñado para facilitar la transferencia de atención de una entidad a otra y potencialmente podría importarse a otro registro médico electrónico.

---

Firma de la Persona que está Solicitando Información

---

Fecha