



FAX: 866-257-8195 (correo electrónico: 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 Divulgara:

Información que se Divulgara:

- 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