

Información de solicitud de expedientes médicos

Información de contacto general para expedientes médicos

Connections Health Solutions

Atte.: Departamento de Expedientes Médicos

2390 East Camelback Road, Suite 400

Phoenix, AZ 85016

(602) 416-7657

Información de expedientes médicos por estado

Para enviar solicitudes, use la información a continuación:

Arizona

Email: medicalrecords@Connectionshs.com

Fax: 602-362-3231

Montana

Correo electrónico: medicalrecordsMT@Connectionshs.com

Fax: 602-362-3231

Virginia

Correo electrónico: medicalrecordsVA@Connectionshs.com

Fax: 703-270-0005

Washington

Correo electrónico: medicalrecordsWA@Connectionshs.com

Fax: 425-217-1179

Pennsylvania:

Correo electrónico: medicalrecordsPA@connectionshs.com

Fax: 717-408-9284

Autorización de terceros para usar/divulgar información médica y sobre trastornos por consumo de sustancias

Yo, _____, autorizo a _____ a divulgar mi información
(Nombre del paciente) (Nombre del proveedor)
médica y mis registros de trastornos por consumo de sustancias, como se describe a continuación.

1. Información que se divulgará. Autorizo la divulgación de la siguiente información.

___ Todos mis registros médicos (Comprendo que la información que se revelará o divulgará puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH), salud mental y consumo de sustancias. Los documentos incluidos en el expediente médico pueden incluir evaluaciones, información de diagnóstico, planes de tratamiento, información de medicamentos, evaluación psiquiátrica, notas de progreso clínico (incluido el progreso en el tratamiento), análisis de laboratorio, información financiera y del seguro, información del alta y cualquier otra información utilizada para tomar decisiones sobre su tratamiento.

O solo los registros médicos y/o la información sobre consumo de sustancias que se encuentre en los siguientes tipos específicos de registros (marque cada área).

----- Dosificación del/de los medicamento(s)/notas de evolución ___ Evaluaciones ___ Evolución en el tratamiento/verificación
___ Plan de tratamiento ___ Evaluación psiquiátrica ___ Notas de evolución clínica ___ Resultados de laboratorio
___ Citas ___ Información de diagnóstico ___ Información de seguro/características demográficas ___ Información financiera
___ Resumen de alta ___ Otro (especificar) _____

Fechas de los servicios que se divulgarán _____

2. Destinatario: _____
(Nombre de la persona u organización a la que se va a hacer la divulgación) (Dirección)

Teléfono: _____ Fax/correo electrónico: _____

3. Propósito de la divulgación: ___ Continuidad de la atención ___ Coordinación del tratamiento ___ Contacto
de emergencia ___ Pagos/beneficios ___ Administración ___ Otro _____

La información divulgada en función de esta autorización puede volver a ser divulgada por el destinatario y puede dejar de estar protegida por las regulaciones de privacidad federales o estatales, excepto que la ley federal prohíba al destinatario volver a divulgar la información sobre trastornos por consumo de sustancias sin consentimiento adicional. En algunos casos, la ley estatal o federal también puede restringir la redivulgación de información sobre VIH/sida o enfermedades de transmisión sexual (ETS), información sobre salud mental e información sobre pruebas genéticas. Comprendo que Connections Health Solutions no me negará servicios de tratamiento si me niego a firmar una autorización para revelar información.

4. Vencimiento. Puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento por correo (Connections Health Solutions, Attn Medical Records, 2390 E. Camelback Rd, Suite 400, Phoenix, AZ 85016), Correo electrónico medicalrecords@connectionshealth.com, fax 602-362-3231 o verbalmente llamando al 602-416-7624. Comprendo que la revocación no será efectiva retroactivamente para las divulgaciones de información que ya hayan ocurrido. Si no fue revocado previamente, este consentimiento terminará:

☐ en un año a partir de la fecha de la firma; ☐
☐ tras una fecha, un evento o una condición específicos según lo indicado aquí: _____
(Fecha, evento o condición específicos)

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AA) Número de registro médico _____

Si la persona no puede firmar debido a una incapacidad legal, se requiere la firma de su representante personal. Se debe adjuntar la documentación de la autoridad legal del representante personal.

Firma del representante personal: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

Autoridad legal: _____

Este expediente que se le ha divulgado está protegido por las normas federales de confidencialidad (42 C.F.R. Parte 2). Estas normas le prohíben usar o divulgar este expediente, o testimonio que describa la información contenida en el mencionado expediente, en cualquier proceso civil, penal, administrativo o legislativo por parte de cualquier autoridad federal, estatal o local, contra el paciente, a menos que lo autorice el consentimiento del paciente, excepto según lo dispuesto en [42 CFR 2.12\(c\)\(5\)](#) o lo autorice un tribunal de acuerdo con [42 CFR 2.64](#) o [2.65](#). Además, las normas federales le prohíben hacer cualquier otro uso o divulgación de este expediente, a menos que se aplique al menos uno de los siguientes casos: (i) El uso o la divulgación posterior se permiten expresamente mediante el consentimiento por escrito de la persona cuya información se divulga en este expediente o según lo permita de otro modo el [42 CFR parte 2](#). (ii) Usted es una entidad cubierta o un socio comercial y ha recibido el expediente para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, o (iii) Usted ha recibido el expediente de una entidad cubierta o socio comercial según lo permitido por el [45 CFR parte 164, subpartes A y E](#). Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para cumplir con los elementos requeridos de un consentimiento por escrito para usar o volver a divulgar el expediente. La parte 2 de 42 C.F.R. prohíbe la divulgación no autorizada de estos expedientes.

Al firmar a continuación, revoco este consentimiento para revelar información médica confidencial.

Revocación del paciente: _____

Fecha: _____