

Consentimiento para Divulgar Información



Clínica Madisonville
Tel.: 423-442-2622
Fax: 423-442-5760
4798 New Hwy. 68
Madisonville, TN 37354

Clínica Tellico Plains
Tel.: 423-253-6545
Fax: 423-253-6538
412 Hunt Street
Tellico Plains, TN 37385

Clínica Vonore
Tel.: 423-884-7271
Fax: 423-884-3277
1206 Highway 411
Vonore, TN 37885

Paciente:

Fecha de Nacimiento:

No. de Seguro Social:

No. de Teléfono:

Autorizo que mis registros sean enviados a Chota Community Health Services, DE:

No. de Teléfono:

No. de Fax:

Autorizo que Chota Community Health Services envíe mis registros A:

No. de Teléfono:

No. de Fax:

Marque todas las que correspondan:

Artículos Solicitados

Fechas de: _____ a _____ (últimos 2 años, a menos que se indique lo contrario)

Todos los registros, incluidos entre otros: notas médicas, notas de psicoterapia, notas de salud del comportamiento, diagnósticos, resultados de pruebas de laboratorio, resultados de pruebas de diagnóstico, registros de vacunas, registros de tratamiento para el abuso de alcohol y drogas, registros de enfermedades transmisibles y registros de facturación para todas las condiciones.

O

Enviar solo los siguientes registros: (MARQUE LOS CORRESPONDIENTES)

Notas de Consultorio Notas de consultorio de salud del comportamiento

Laboratorios Registro de vacunas Informe de radiología Disco de radiología

Registros de abuso de drogas/alcohol Notas de psiquiatría y salud mental

Estados de cuenta/facturación Enfermedades transmisibles (incluido el SIDA/VIH, si corresponde)

Otro: _____

Cualquier restricción adicional: _____

Método de entrega:

Impresión

Fax

Correo

Entrega electrónica

Serán recogidos

Verbal

por: _____

**** Espere de 7 a 10 días para procesar su solicitud. Enviaremos sus registros por fax sin cargo alguno. Sin embargo, podría haber cargos para algunos propósitos, consulte más detalles.**

Motivo de la Divulgación: Transferencia de atención Atención continua Comp. laboral Seguro
 Incapacidad Referencia a Especialista Abogado

Otro: _____

Nosotros enviaremos sus registros por fax sin cargo. Sin embargo, *puede* haber un cargo para algunos propósitos, pregunte para más detalles.

He leído, o me han leído, las declaraciones anteriores y entiendo cómo aplican en mi caso. Además, entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento con una notificación por escrito, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas de acuerdo con el consentimiento. En cualquier caso, este consentimiento **vence 1 año después de la fecha de firmarse**. Entiendo que CCHS no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios si proporciono esta autorización. Entiendo que la información utilizada o divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario en esta solicitud y ya no estará protegida por las regulaciones federales. **Se le proporcionará una copia de este comunicado si lo solicita.**

Firma:

Parentesco:

Fecha:

Testigo:

Fecha: