

## INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR EXPEDIENTES MÉDICOS

Si es **trabajador social, médico, representante legal o representante de VA**, siga los siguientes pasos para solicitar los registros médicos de un cliente de la Fundación Cenikor:

1. Imprima la Autorización de Divulgación de Información de Salud de la Fundación Cenikor.
2. De conformidad con el 42 CFR, la Fundación Cenikor requiere que el formulario esté firmado por el cliente.
3. Escanee la copia firmada del formulario y envíe la solicitud junto con su carta a [medicalrecords@cenikor.org](mailto:medicalrecords@cenikor.org).

*Nota:* Cuando recibamos la solicitud, la Fundación Cenikor la procesará dentro de 1 a 3 días hábiles. El formulario de autorización de consentimiento se adjunta a esta instrucción.

Si es un **cliente** que solicita sus registros médicos, siga los siguientes pasos para completar su solicitud:

1. Imprima la Autorización de Divulgación de Información de Salud de la Fundación Cenikor.
2. De conformidad con el 42 CFR, la Fundación Cenikor requiere que el formulario esté firmado por el cliente.
3. Haga un giro postal o un cheque de caja en la cantidad de \$25 a nombre de: Cenikor Foundation, 11931 Wickchester Lane, Ste. 300, Houston, Texas 77043.

*Nota:* Hay una tarifa de procesamiento de \$25 que se debe pagar antes de que se procese su solicitud. Tenga en cuenta que no se aceptan pagos en efectivo ni con cheques. Complete el formulario adjunto y envíelo por correo electrónico a [medicalrecords@cenikor.org](mailto:medicalrecords@cenikor.org) si desea pagar con una tarjeta de débito/crédito.



**AUTORIZACION DE DIVULGACION DE INFORMACION DE SALUD**

1. Yo, \_\_\_\_\_ (Nombre del paciente), por la presente autorizo a la Fundación Cenikor divulgar información de salud de acuerdo con la Regla de Privacidad de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) y 42 C.F.R. Parte 2 a:

Nombre: \_\_\_\_\_

Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

2. Informacion del Paciente:

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento y/o Numero de Seguro Social:  
\_\_\_\_\_

Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

3. La información debe limitarse a las siguientes Fechas de Tratamiento (si corresponde):

\_\_\_\_\_

4. Información solicitada para ser divulgada:

\_\_\_\_\_ Solo Notas de Psicoterapia

\_\_\_\_\_ Notas de Casos y Sesiones

\_\_\_\_\_ Tratamiento Por Abuso de Alcohol y Drogas (Abuso de Sustancias)

\_\_\_\_\_ Análisis de Laboratorio

\_\_\_\_\_ Tratamiento de Salud Mental (*excepto notas de psicoterapia*)

\_\_\_\_\_ Administración de medicamentos

\_\_\_\_\_ Información Confidencial Relacionada con el VIH

\_\_\_\_\_ Otro (especifique)

5. Proposito del acceso o divulgación:

\_\_\_\_\_ Atención Médica      \_\_\_\_\_ Seguro Medico u Otro Pago

\_\_\_\_\_ A Petición del Paciente      \_\_\_\_\_ Otro (explique): Procedimientos Legales

6. Esta autorización vencerá en la siguiente fecha: \_\_\_\_\_.  
Si no se especifica ninguna fecha, esta autorización vencerá un (1) año a partir de la fecha firmada a continuación. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a la Fundación Cenikor, excepto que la revocación de esta autorización no se aplicará a los registros ya divulgados en función de la autorización. Una fotocopia de esta autorización firmada constituirá una autorización válida.
7. La Fundación Cenikor, sus empleados y cualquier médico del personal quedan exentos de responsabilidad legal por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en este documento.
8. Entiendo que de cualquier información que sea revelada sobre tratamiento de salud mental, abuso de drogas y alcohol (abuso de sustancias) esta prohibida de divulgación adicional **a menos que yo permita expresamente una divulgación adicional o que la divulgación esté permitida por las regulaciones federales** (42 C.F.R. Parte 2.32).

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente o Representante Legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**Si es Representante Legal, autoridad del Representante Legal**

\_\_\_\_\_  
(como padre de un menor, guardian designado por la corte, administrador del patrimonio del difunto, apoderado designado con poder o apoderado para atención médica)

**PROPORCIONAR COPIA AL PACIENTE/REPRESENTANTE LEGAL**



## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Hemos recibido su solicitud de sus registros médicos. Pague la cantidad en su totalidad para que podamos procesar la solicitud.

### Cargos por sus registros:

\$25 por 500 páginas o menos

\$50 por más de 500 páginas

**Total:** \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE PAGO

Tipo de Tarjeta de Crédito: Visa      Mastercard      Discover      American Express

Número de Tarjeta: \_\_\_\_\_ CVC: \_\_\_\_\_ Vencimiento: \_\_\_\_\_

Nombre en la Tarjeta: \_\_\_\_\_

Dirección de Envío: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_