

Asegúrese de que todos los campos estén completos y sean legibles. **Firme** el formulario y **escriba la fecha**. Si no se completan correctamente todos los campos, puede producirse un retraso en el envío de los registros solicitados. Las solicitudes se tramitan por orden de recepción y pueden tardar hasta 30 días en completarse, a menos que se reciba una notificación de prórroga. Las solicitudes pueden ser concedidas o denegadas. Queda entendido que, si se deniega esta solicitud, se permite solicitar una revisión de la denegación.

Información sobre el cliente y el solicitante: escriba con letra de imprenta el nombre completo/legal del cliente y cualquier otro nombre que figure en los registros mientras el cliente estaba en tratamiento (p. ej., apellido de soltera de una clienta). Si solicita registros que no son suyos, incluya también su nombre, organización (si corresponde) e información de contacto.

NOTA: Asegúrese de incluir el método por el que desea que se envíe la información (es decir, dirección física para correo postal, número de fax o dirección de correo electrónico).

Información solicitada y plazos/fechas de servicio: indique específicamente qué registros necesita y proporcione un intervalo de fechas para los registros solicitados (p. ej., 1/1/2024-3/2/2024).

Devuelva el formulario completo y firmado de la siguiente manera:

Correo electrónico: medicalrecords@rosecrance.org

Fax: (815)-720-5089

Correo postal: (ver dirección más abajo)

Illinois:

Rosecrance Behavioral Health
Attn: Medical Records Department
1021 N. Mulford Road
Rockford, IL 61107

Iowa:

Rosecrance Jackson Centers
Attn: Medical Records Department
800 5th Street
Sioux City, IA 51101

Tarifas: puede haber una tarifa de tramitación. Las tarifas dependen del número de páginas copiadas y se calculan de acuerdo con la normativa estatal y federal. Para más información sobre las tarifas, visite nuestro sitio web en www.rosecrance.org.

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Correo electrónico _____ Número de teléfono: _____

Al firmar este documento, autorizo al tercero indicado a continuación a acceder a mis registros médicos mediante los métodos de entrega que seleccione.

Nombre del solicitante (*si es diferente del cliente*): _____

Empresa/organización asociada: _____

Número de teléfono _____ Número de fax: _____

Dirección de correo electrónico: _____

¿Cómo desea recibir su solicitud? Correo electrónico Correo postal Fax Recolección (en persona)**¿Cuál es el propósito de la divulgación?** Solicitud del cliente Aviso legal Continuidad de la atención Seguros Otro (indíquelo): _____**Fechas de la información solicitada (fechas de servicio): desde _____ hasta _____**
Inicio _____ Fin _____**Marque toda la información a divulgar:** Toda la información de la lista

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Resumen de la evaluación y recomendaciones/IMCANS | <input type="checkbox"/> Resúmenes de alta |
| <input type="checkbox"/> Información médica (p. ej., examen físico, medicamentos) | <input type="checkbox"/> Informes toxicológicos/de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones/notas de psicología/psiquiatría | <input type="checkbox"/> Información sobre el diagnóstico |
| <input type="checkbox"/> Planes de tratamiento | <input type="checkbox"/> Notas de progreso |
| <input type="checkbox"/> Otra información (especifique): _____ | |

Consentimiento del cliente:

Entiendo que la confidencialidad de los registros de salud conductual del paciente está protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), la Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR) y todas las leyes estatales de confidencialidad aplicables. Entiendo que, si me niego a firmar esta autorización, no se divulgará ninguna información y no se me denegará el tratamiento. Rosecrance tiene derecho a divulgar información según lo permitido por esta autorización de cualquier manera que se considere apropiada y coherente con la ley aplicable. Esto incluye presentaciones verbales, en papel y electrónicas. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Esta autorización vencerá en el plazo de un año a partir de la fecha de la firma, a menos que yo solicite una expiración anticipada.

Firma del cliente _____

Fecha _____

Firma del padre/madre, tutor o representante personal _____

Fecha _____

(En Illinois: Los clientes de entre 12 y 17 años deben firmar y fechar el documento, con la firma conjunta de su padre/madre o tutor legal).

Fecha de aprobación: _____

Página 2