



Cómo solicitar su historial médico

Un paciente, o su representante legal, pueden revisar y / o obtener una copia de su historial médico, o solicitar copias de los registros médicos enviados a otro establecimiento. Pathways requiere un formulario de Autorización de Uso o Divulgación de Información de Salud completo y firmado junto con la siguiente documentación antes de entregar cualquier documento a cualquier persona, incluido el paciente.

Cómo solicitar una copia del historial médico:

1. Imprimir y completar el formulario: [Autorización para el Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida](#)
2. El formulario de liberación debe ser llenado, firmado y fechado.
3. Por favor asegúrese de incluir la fecha (s) del servicio solicitado.
4. Le pedimos que especifique qué componentes de su historial médico desea obtener / redimir.
5. Las formas con cualquier alteración (es decir tachados o en blanco) no serán aceptadas.

Documentación adicional requerida:

- Fotocopia de una identificación emitida por el gobierno para la persona autorizada.
- Firma del testigo en el formulario de autorización.
- Los representantes legales y / o tutores también deben proveer prueba de su autoridad para firmar por el paciente.

Si tiene alguna pregunta con respecto a la divulgación de información, envíe un correo electrónico a PTW_MedicalRecords@pathways.com o llame al número 844-200-0334.

Puede entregar el formulario de autorización junto con la documentación adicional requerida por correo o fax.

Envíe el formulario por correo a la siguiente dirección:

Pathways by Molina
10304 Spotsylvania Avenue, Suite 300
Fredericksburg, VA 22408
Attention: Medical Records Department

Envíe el formulario por fax al número:

540-710-6447

10304 Spotsylvania Avenue
Suite 300
Fredericksburg, VA 22408
(P) 540-710-2085
(F) 540-710-6447

pathways.com



AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIFUSION DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Numero de Identificación #: _____

Permiso para solicitar Información De (Quien provee Información de salud protegida):

| |
|-----------------------------------|
| Nombre de la Entidad |
| Dirección |
| Ciudad/Estado/Código postal |
| Teléfono |
| Numero de Fax/ Correo electrónico |

Proveer información A (Quien recibe la Información de salud protegida):

| |
|-----------------------------------|
| Nombre |
| Dirección |
| Ciudad/Estado/Código postal |
| Teléfono |
| Numero de Fax/ Correo electrónico |

Razon por la cual se solicita Información: Continuación de la Atención Compensación Laboral Determinación de Discapacidad Personal
 Reclamación del Seguro Legal Otro: _____

Clase de Información que se Solicita:

- Plan de Crisis Notas Medicas Notas de Enfermera Registrada
- Notas de Progreso Evaluaciones Psiquiátricas Evaluaciones
- Expediente Educativo Registros Medicos Planes de Tratamiento
- Resumen Psicologico Medicamentos Resumen de Alta
- Tramite de Tutela Comunicaciones Escritas y Verbales Relacionadas con el Tratamiento
- Otros (Por favor especificar): _____

Rangos de Fechas de los registros solicitados: _____ hasta _____

Una vez que se difunde la información conforme a esta autorización, entiendo que la ley federal de privacidad (45 C.F.R. Parte 164) que protege la información de salud puede no aplicarse al destinatario de la información y, por lo tanto, no puede prohibir que el destinatario la vuelva a difundir. Sin embargo, otras leyes pueden prohibir la nueva divulgación. Cuando esta agencia difunde información de salud mental y discapacidades del desarrollo protegida por ley estatal o información de tratamiento de abuso de sustancias protegida por la ley federal (42 CFR Parte 2), debemos informar al destinatario de la información de que la nueva divulgación está prohibida excepto según lo permitido o requerido por estas dos leyes.

Entiendo que mis registros de tratamiento de alcohol y / o drogas están protegidos por las reglamentaciones federales que rigen la Confidencialidad de los registros de pacientes por abuso de alcohol y drogas, 42 C.F.R. Parte 2, y no pueden difundirse sin mi consentimiento por escrito a menos que se establezca lo contrario en las reglamentaciones. Entiendo que si autorizo la difusión de mi información de salud protegida a alguien que no está cubierto por las leyes de confidencialidad, por ejemplo, un familiar, es posible que esa persona difunda mi información a otra persona.

*****DOCUMENTACIÓN ADICIONAL REQUERIDA PARA CONSENTIMIENTO DE USO DE SUSTANCIAS. Consulte el formulario "Consentimiento para la divulgación de registros SUD"**

Yo, _____, autorizo el uso/difusión/intercambio de información en mi expediente médico, y/o síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), complejo relacionado con el SIDA (ARC) y/o virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) _____ (iniciales) y/o información genética _____ (iniciales).

Entiendo que puedo negarme a firmar este formulario de autorización. Negarse a firmar no será una condición para obtener tratamiento, pago o cobertura de servicios, o elegibilidad para beneficios o inscripción.

Entiendo que, con ciertas excepciones, tengo el derecho de anular esta autorización en cualquier momento. Si anulo esta autorización, debo hacerlo por escrito. Entiendo que la anulación no se aplicará a la información que ya se ha divulgado en respuesta a esta autorización.

He tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de esta autorización. Confirmando que el contenido es coherente y que una copia de este formulario es tan válida como el original para permitir la publicación de mis registros.

Si no se anula antes, esta autorización vence el: _____ (fecha) no debe exceder un año de la fecha de la firma.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre Impreso: _____ **Teléfono#:** _____

Relación con el consumidor: El que Suscribe Padres Guardian Legal Otro: _____

Firma del Testigo: _____ **Fecha:** _____

Solo para uso Administrativo

****Nota: Esta autorización para usar y revelar información fue anulada en _____ (Fecha) ****