

Solicitud de Registros

Instrucciones: Llene todas las secciones. Envíe el formulario completado a:

| Correo Electrónico: | Fax: | Dirección: |
|----------------------------|----------------|-----------------------------------|
| RecordsRequests@hotbhn.org | (254) 752-7421 | P.O. Box 890 Waco, Texas 76703 |

1. Información del Cliente

Nombre completo: _____

Fecha de
nacimiento: _____

Número de Seguro Social (SSN): _____

Número de teléfono: _____

2. Información a Divulgar

Por favor, describe los registros o la información que solicitas:

3. Plazo de la información a divulgar

De: ____ / ____ / ____ Para: ____ / ____ / ____

4. Propósito de la solicitud

- Continuación del Cuidado Fines Legales / de Seguros
 Uso Personal Otro: _____

5. Método de Entrega

- Recoja en persona Enviar por correo a: _____
 Fax a: _____ Correo electrónico (seguro): _____

6. Acuse de Recibo de Honorarios

Entiendo que tengo derecho a revisar y solicitar copias de mis historiales de salud mental. Entiendo que puede cobrarse un cargo razonable por las copias de registros, según lo permitido por la HIPAA y la ley de Texas. Si se aplican cargos, entiendo que me las explicarán antes de que se entreguen copias.

7. Autorización y Firma

Autorizo a la Red de Salud Conductual de Heart of Texas a publicar la información descrita anteriormente. Entiendo que esta autorización es válida para divulgación única salvo que se especifique lo contrario. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, pero la revocación no afectará a la información ya publicada.

Firma del Cliente o Representante Legal: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Relación con el Cliente (si está firmado por un representante legal): _____

Enviar esta solicitud no afectará a tus servicios ni provocará represalias.

Este formulario se proporciona conforme al Capítulo 181 del Código de Salud y Seguridad de Texas y HIPAA.