

Solicitud de Registros

Instrucciones: Llene todas las secciones. Envía el formulario completado **junto con una copia de su identificación con foto a través de:**

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): _____
 Correo electrónico (No seguro): _____

*Entiendo que el correo electrónico no encriptado no es seguro y puede implicar riesgos de privacidad, y autorizo que mis registros me sean enviados por correo electrónico no encriptado.

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.*



AVISO DE TASAS POR COPIAS DE REGISTROS

Nuestra agencia está comprometida a garantizar que los clientes tengan acceso a sus registros minimizando las barreras financieras. De acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA), podemos cobrar una tarifa razonable basada en costes por las copias de los registros.

Tarifas Máximas Estándar

- **Copias electrónicas (correo electrónico/fax):** Tarifa basada en costes (ex. exportación/conversión/redacción)
- **Copias en papel:** 25,00 \$ de tarifa fija por las primeras 20 páginas (0 \$.50 por página después de 20 páginas)
- **Franqueo (si se envía por correo):** Coste de las copias en papel (ver arriba) más el franqueo (tarifa actual de USPS)

Si se aplica alguna tasa, se le informará del coste total antes de que se publiquen los registros.

SOLICITUD DE EXENCIÓN DE TASAS

Si tienes ingresos limitados o nulos y no puedes pagar la tasa de copia, puedes solicitar una exención a continuación. No se requiere prueba de ingresos. No se denegarán los servicios por imposibilidad de pagar.

Solicito una exención de tarifas porque:

- Actualmente no tengo ingresos.
- Recibo ayuda pública limitada (SSI, SSDI, SNAP, etc.).
- El pago de esta cuota supondría dificultades económicas.
- Otros (por favor, explícalos): _____

Explicación opcional (si se desea): _____

FIRMA

Entiendo que mi solicitud será revisada con rapidez y que los registros no serán retenidos únicamente por imposibilidad de pagar.

Nombre del cliente (impreso): _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Solo uso del personal:

- Nombre del personal aprobado por exención: _____
- Renuncia denegada
Fecha: _____