

## INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO

Complete todas las secciones aplicables.  
Firme y feche el formulario.

Por favor elige uno:

### **Correo:**

Stepworks  
PO Box 6209  
Elizabethtown, KY 42701-6209

### **Fax:**

(859) 878-1024  
ATTN: Medical Records (Registros Médicos)

### **En persona:**

Lleve el formulario completo a las instalaciones de Stepworks donde fue paciente.

Para recoger los registros al enviar este formulario, por favor llame primero a las instalaciones para concertar una hora: (800) 545-9031

Solo revelaremos registros en persona a usted o a su representante legal, y se requiere una forma válida de identificación.

Si esta no es su primera copia, se aplicará un cargo de \$1 por página para obtener sus registros.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

London  Elizabethtown-Woodland  Elizabethtown-Crowne Pointe  Bowling Green  Nicholasville  Intensive Health

Paducah  Sober Living  IOP/PHP

Autorizo a Stepworks Recovery Centers a:

LIBERAR Registros médicos a:  OBTENER Registros médicos de:

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

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Solicito que mis registros sean enviados por  fax  correo certificado a persona/entidad mencionada anteriormente  recogidos en persona

\_\_\_\_\_ Solicito que mis registros médicos se envíen por correo electrónico no cifrado. Entiendo que el correo electrónico no es seguro y que cualquier correo electrónico o archivo adjunto de Iniciales podría ser interceptado o leído por un tercero. Si no da su consentimiento a esto, sus registros no pueden ser enviados por correo electrónico.

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

#### Propósito de la solicitud

continuidad de cuidado  seguro  referencia  otro: \_\_\_\_\_  
 circunstancias legales  uso personal  determinación de discapacidad  rehabilitación vocacional  colocación/disposición

#### Información requerida (marque todo lo que corresponda)

**Toda la información divulgada puede contener información de salud privada relacionada con el tratamiento por abuso de sustancias.**

resumen de alta  notas de progreso  plan de tratamiento  resultados/laboratorio (excepto VIH/Hepatitis)  
 Resultados de VIH y/o hepatitis  admisión/evaluación  pruebas/estudios médicos  evaluación biopsicosocial  
 otro: \_\_\_\_\_

Si solicita una fecha específica o duración de la estadía, indíquelo aquí: \_\_\_\_\_

Entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, excepto cuando la divulgación ya haya tenido lugar, en cuyo caso el consentimiento vencerá el \_\_\_\_\_ o 90 días a partir de la fecha en que se firmó este formulario. Entiendo que es posible que no se me entreguen mis registros al mismo tiempo que lo solicité. Entiendo que tengo derecho a una copia gratuita de mi expediente médico. Cualquier copia adicional costará \$1 por página.

Esta información se ha divulgado a partir de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las normas federales prohíben la divulgación adicional de esta información a menos que se permita expresamente mediante el consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece, o según lo permitido por 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente para este propósito. Las normas federales restringen el uso de esta información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente por el consumo de alcohol o drogas.

Firma del paciente/representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Esta información le ha sido revelada a partir de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2).**

**42 CFR Parte 2 prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros.**