



Hamilton County Government

Joint Medical/Case Management Records Authorization Form - Spanish

Formulario Conjunto de Autorización para Registros

Médicos/Gestión de Casos del Gobierno del Condado de Hamilton

Office Use Only

Date Rcvd: _____ Dept: _____

No. Pages Rcvd: _____ Expiration Date: _____

Processed by: _____

Notes: _____

1) Información Importante.

- HIPAA permite que el Gobierno del Condado de Hamilton (HCG) exija el uso de su formulario para solicitudes de registros. HCG solicita que utilice este formulario al presentar una solicitud de registros.
- La Sección 7 Y las Secciones 9 Q 10 deben ser rubricadas e identificadas con la firma de la persona legalmente autorizada para hacer esta solicitud.
- Usted tiene derecho a solicitar una copia de este formulario si no se le entrega una.
- 42 C.F.R. Parte 2 prohíbe el uso o la divulgación no autorizados de estos registros.** Si entidades y asociados comerciales cubiertos por HIPAA reciben estos registros para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, los registros pueden ser redistribuidos de conformidad con HIPAA, excepto para usos o divulgaciones en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en su contra.
- Usted puede negarse a firmar este formulario de divulgación, y ello no afectará su tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios.
- Esta autorización vence un (1) año a partir de la fecha firmada en las Secciones 9 o 10.
- Usted tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, pero la revocación no deshace las acciones ya tomadas con base en su consentimiento previo. Esto debe hacerse por escrito y enviarse a su selección en la Sección 4.
- Los correos electrónicos del HCG están encriptados y serán enviados desde noreply@securemail.encrypttitan.net. ¡Asegúrese de revisar su carpeta de correo no deseado! Llame al CEC si no recibe sus registros.
- Se puede encontrar información adicional sobre los derechos del paciente/cliente en el Aviso Conjunto de Prácticas de Privacidad de HCG. Usted puede recibir una copia en el sitio web de HCG o en cualquier oficina del Departamento del Condado que figure al reverso de este formulario.

2) Información del Paciente/Cliente:

Nombre completo actual: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre Segundo nombre Apellido MM/DD/AAAA

Nombre(s) anterior(es) (enumere todos): _____ Últimos cuatro dígitos del SSN: _____
Nombre Segundo nombre Apellido

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Iniciales si podemos dejar un mensaje en el buzón de voz de este teléfono
incluya el código de área

Correo electrónico: _____ ☐ El paciente/cliente ha fallecido. Fecha de fallecimiento: _____
MM/DD/AAAA

3) Propósito de la Divulgación:

☐ Continuidad de la atención ☐ Uso personal ☐ Cumplimiento de la ley

☐ Procedimientos judiciales/legales: si se selecciona, no se puede seleccionar ningún otro propósito ☐ Otro: _____

4) Registros que se divulgarán de lo siguiente. Marque todo lo que corresponda:

☐ Departamento de Salud (HCHD) ☐ EMS

☐ Facturación de ambulancia ☐ Tribunal de Recuperación de Drogas ☐ Tribunal de Salud Mental ☐ Tribunal de Tratamiento para Veteranos

☐ Sentencias Alternativas - Iniciativa de Reducción de la Reincidencia (RRI)

☐ Otro proveedor de atención médica: _____ Número de teléfono: _____
Para solicitar registros de proveedores que no utilizan HCG incluya el código de área

5) Rubrique o marque junto al/los registro(s) que desea que se divulguen.

_____ Medical Record* _____ WIC (Mujeres, Infantes y Niños) _____ Solo registro de inmunizaciones _____ Estados de cuenta de facturación detallados
 _____ Registro dental _____ Registro de gestión de casos _____ Informe de traslado en ambulancia _____ Otro: _____

_____ Notas de psicoterapia/Trastorno por uso de sustancias (SUD)** - **si se selecciona, no se puede solicitar ningún otro registro de los anteriores.** Se requiere un formulario separado para solicitar otros registros.

* No incluye registros Dentales, de WIC ni de Gestión de Casos; estos deben solicitarse específicamente.

** Los registros de SUD de un paciente/cliente fallecido requieren el consentimiento de un albacea, administrador o representante personal (T.C.A. § 33-3-105) o por orden judicial (T.C.A. § 33-3-105).

6) Fechas específicas a divulgar. Fecha de inicio: _____ hasta Fecha de finalización: _____
MM/DD/AAAA MM/DD/AAAA

7) Información altamente confidencial. Rubrique cada categoría cuya divulgación autoriza. Solo iniciales, no marcas de verificación. Si no la rubrica, no la divulgaremos.

_____ Planificación familiar/Atención anticonceptiva _____ ITS (Infección de transmisión sexual) _____ Pruebas/Tratamiento de VIH/SIDA _____ Alcohol/Trastorno por uso de sustancias

8) Dónde enviar los registros: ☐ Paciente/Cliente-misma información de la Sección 2 ☐ Solicitante-misma información de la Sección 9 ☐ Abogado-misma información de la Sección 10

Por: _____
☐ Recoger en persona Domicilio: _____
☐ Correo Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
☐ Fax Teléfono: _____ Fax: _____
incluya el código de área incluya el código de área
☐ el correo electrónico Correo electrónico: _____

Patient/Client Name: _____ Date of Birth: _____
Nombre Segundo nombre Apellido MM/DD/AAAA

Si usted es una persona individual, complete solo la Sección 9. Si usted es un abogado, complete solo la Sección 10.

- 9) Seleccione una de las siguientes opciones y complete 9.A-C: ☐ **Paciente/Cliente** ☐ **Progenitor del paciente/cliente** ☐ **DCS**
☐ **Representante personal del patrimonio** - Cartas de Administración/Testamentarias ☐ **Representante personal legal** - Poder notarial
☐ **Tutor/Curador legal** - Orden judicial o Cartas de Tutela/Curatela ☐ **Médico forense** ☐ **Cumplimiento de la ley** - # de placa _____.

A) Información del solicitante. (El paciente/cliente no completa la 9A. Vaya a 9B y 9C.) _____ **Iniciales si podemos dejarle un mensaje en el**

Nombre completo del solicitante: _____ Teléfono: _____
Nombre Segundo nombre Apellido incluya el código de área
Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Correo electrónico: _____ Fax: _____
incluya el código de área

B) Proporcione una copia clara en color de una identificación con foto emitida por el gobierno (anverso y reverso):

Emitida por el Estado: ☐ Licencia de conducir/Permiso de porte de arma corta ☐ Identificación con foto

Emitida por el gobierno: ☐ Identificación militar ☐ Pasaporte ☐ Formulario I-766, EAD (Documento de Autorización de Empleo)

☐ Certificado de naturalización/ciudadanía de EE. UU. o tarjeta de identificación de ciudadanía ☐ Otro: _____

C) Firma.

Al firmar, declaro bajo pena de perjurio (28 U.S.C. § 1746) que la información anterior es veraz y que estoy legalmente autorizado(a) para obtener estos registros.

Firma: _____ Fecha: _____
MM/DD/AAAA



Su solicitud está completa. Envíe las páginas 1 a 3, junto con los documentos requeridos arriba.

10) Attorney with legal authority. Complete sections A and B below. *HCG reserves the right to reject documents that fail to establish an attorney's authority to obtain PHI to include highly confidential information, such as Part 2 records.*

A) Select and provide the required documentation. I am

☐ **Personal Representative of Estate** – Letters of Administration/Testamentary

☐ **Legal Personal Representative** – POA

☐ **Guardian/Conservator** – Court Order or Letters of Guardianship/Conservatorship

☐ **Attorney for the duly appointed Personal Representative** – Letters of Administration/Testamentary

☐ **Attorney for Patient/Client/Representative** – HIPAA authorization signed by patient/client and a government ID with signature

Docket No. _____, in the matter of _____ v. _____ In (select one):

☐ Circuit Court ☐ Chancery Court for _____ County, TN ☐ Other Court: _____

B) The Attorney's Signature is Required. Pursuant to 28 U.S. Code § 1746, I hereby declare under penalty of perjury that, as indicated above, I am the authorized representative of the patient/client/legal representative and have legal authority to obtain these records. I attest that my client's signature on any submitted form is valid.

Attorney's Printed Name: _____ Office Phone: _____

Mailing Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Email Address: _____ Fax Number: _____

Attorney's Signature: _____ BPR No. _____ Date: _____
Include area code MM/DD/YYYY

Notice to Attorneys: If you plan to submit a Court Order, whether in lieu of, or in addition to this form, you may contact the HIPAA Privacy Officer who can assist you in assessing whether your order comports with both HIPAA and *Tenn. Code Ann. § 8-27-910*. **Please Note:** Court Orders that do not comply with both federal and State law may be subject to legal pleading, as determined appropriate by the Hamilton County Attorney's Office.



Your request is complete. Submit pages 1-3, along with the required documents from above.

Patient/Client Name: _____ Date of Birth: _____
Nombre Segundo nombre Apellido MM/DD/AAAA

Dónde presentar su Formulario Conjunto de Autorización para Registros Médicos/Gestión de Casos o para revocar su consentimiento (Aviso de Revocación)

Envíe su formulario completo de 3 páginas y los documentos requeridos al departamento que seleccionó en la Sección 4. La información de contacto del Oficial de Privacidad también figura a continuación.

Servicios Médicos de Emergencia del Condado de Hamilton:

Hamilton County Emergency Medical Services (EMS)

3916 Volunteer Drive
Chattanooga, TN 37416-3817
Correo electrónico: EMSMedicalRecords@HamiltonTN.gov
Teléfono: 423-209-6900 / Fax: 423-209-6902

Tribunal de Recuperación de Drogas del Condado de Hamilton:

Hamilton County Drug Recovery Court

8395 Hickory Valley Road
Chattanooga, TN 37416
Teléfono: 423-209-7570

Facturación de Ambulancias del Condado de Hamilton:

Hamilton County Ambulance Billing

455 North Highland Park Avenue
Chattanooga, TN 37404-2016
Correo electrónico: AmbulanceBilling@HamiltonTN.gov
Teléfono: 423-209-6363 / Fax: 423-209-6399

Tribunal de Salud Mental del Condado de Hamilton:

Hamilton County Mental Health Court

401 West MLK Blvd, Suite 3035
Chattanooga, TN 37402-1632
Teléfono: 423-209-6195

Departamento de Salud (HCHD):

Hamilton County Health Department

921 East Third Street
Chattanooga, TN 37403-2102
Correo electrónico: HDMedicalRecords@HamiltonTN.gov
Teléfono: 423-209-8209 / Fax: 423-209-8210

Tribunal de Tratamiento para Veteranos del Condado de Hamilton:

Hamilton County Veterans Treatment Court

401 West MLK Blvd, Suite 3035
Chattanooga, TN 37402-1632
Teléfono: 423-209-6195

Responsable de privacidad HIPAA del condado de Hamilton:

Hamilton County HIPAA Privacy Officer

Hamilton County Attorney's Office
625 Georgia Avenue, Room 204
Chattanooga, TN 37402-1956
Correo electrónico: HIPAA@HamiltonTN.gov
Teléfono: 423-209-5989 or 1-833-484-8671

Iniciativa de Reducción de la Reincidencia mediante Sentencias Alternativas del Condado de Hamilton (RRI):

Hamilton County Alternative Sentencing - Recidivism Reduction Initiative (RRI)

6215 Dayton Blvd
Hixson, TN 37343-2710
Teléfono: 423-209-8600 / Fax: 423-847-4829

HAMILTON COUNTY GOVERNMENT OFFICE USE ONLY.

(A) _____ Completed in my presence.

Initials

(B) _____ Identity verified by [method]: _____

Initials

(C) _____ I processed and completed this request for medical records.

Initials

Employee Signature: _____ Date: _____

MM/DD/YYYY

Interpreter Signature: _____ Date: _____

MM/DD/YYYY