

Autorización para divulgar información médica protegida

(Authorization to Disclose Protected Health Information)

Marque la instalación:

- Broomfield Hospital, Grandview Hospital, Greeley Hospital, Highlands Ranch Hospital, Longs Peak Hospital, Medical Center of the Rockies, Memorial Hospital, Pikes Peak Regional Hospital, Poudre Valley Hospital, University of Colorado Hospital, Yampa Valley Medical Center, UCHealth Medical Group

Nombre del paciente Antes conocido como Fecha de nacimiento

Dirección Ciudad/Estado Código postal Teléfono

Propósito de la solicitud: Continuidad de atención Personal Legal Seguro Otro

Autorizo la divulgación a Teléfono

Nombre/Centro médico Fax

Dirección Ciudad/Estado Código postal

Fechas del rango de servicios (mes/año): De a

Si se entrega a usted, seleccione el método de entrega: Correo electrónico

La recogida no está disponible actualmente en esta ubicación. My Health Connection Por correo PowerShare (Solo imágenes de radiología)

- Facturación/UB04, Notas clínicas/de evolución, Resumen del alta, Tratamiento por alcohol/drogas*, Informe de la sala de emergencias, Portada, Información genética*, Historial clínico y exploración física, Información VIH/SIDA*, Registros de vacunación, Resultados de laboratorio, Tratamiento de salud mental*, Nota operativa, Informe de radiología, Imágenes de radiología, Anemia falciforme*, Enfermedad de transmisión sexual/Enfermedad transmisible*, Registro de visitas, Resumen de visitas

*Otorgo mi consentimiento para divulgar la información en negrita/especializada antes mencionada. Se requiere la firma del paciente.

- 1. Autorizo la divulgación de mi expediente médico, incluidas las fotografías.
2. Esta autorización es voluntaria y la divulgación se hace a petición mía.
3. Si la organización autorizada para recibir la información no es un plan de salud o un proveedor de atención médica, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las normas federales de privacidad.
4. Se autorizan múltiples solicitudes si el propósito de la solicitud sigue siendo el mismo.
5. Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento y, si la revoco, debo hacerlo por escrito y presentar la revocación por escrito al departamento que autorice a divulgar la información. La revocación no aplicará a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización.
6. No necesito firmar este formulario para asegurar mi tratamiento médico.

Solicito que esta autorización expire el o a los 180 días contados a partir de la fecha de la firma que se indica a continuación y cubre sólo el tratamiento para las fechas especificadas anteriormente.

También estoy al tanto de que es posible que apliquen cargos, que se detallan a continuación, por servicios de fotocopiado. NOTA: Los honorarios/cargos cumplirán con todas las leyes y disposiciones aplicables a la divulgación de información. Las tarifas estándar de copiado son las siguientes: Sin cargo para las páginas 1-10 \$0.50 por cada página de 11-40 \$0.33 por cada página adicional

Además, un juego inicial de películas radiográficas/CD-ROM puede proporcionarse sin costo alguno para el paciente para derivación con un médico o centro de salud.

ADVERTENCIA IMPORTANTE: Los documentos que acompañan a este mensaje están destinados al uso de la persona o entidad a la que va dirigido. Estos documentos pueden contener información privilegiada y confidencial, cuya divulgación se rige por la ley aplicable. Una nueva divulgación no autorizada o si no se mantiene la confidencialidad podría someterlo a las sanciones descritas en las leyes federales y estatales. Si usted es el empleado o agente responsable de entregar esta información al destinatario previsto, por la presente se le notifica que toda difusión, distribución o copiado de esta información está ESTRICTAMENTE PROHIBIDA.

Firma del paciente o representante legal Fecha

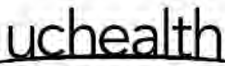
FOR HIM OFFICE USE ONLY

MRN CSN/FIN

ID: Driver's license State ID Military ID

If signed by a legal representative, indicate documentation: Death certificate Power of attorney Living Will

Processed by Date Mailed/faxed/given by



Authorization to Disclose Protected Health Information

Select the UCHealth facility/group from which you are requesting records:

- Broomfield Hospital, Grandview Hospital, Greeley Hospital, Highlands Ranch Hospital, Longs Peak Hospital, Medical Center of the Rockies, Memorial Hospital, Pikes Peak Regional Hospital, Poudre Valley Hospital, University of Colorado Hospital, Yampa Valley Medical Center, UCHealth Medical Group, Other Facility/Provider

Patient name, Formerly known as, Birth date

Address, City/State, Zip, Phone

Purpose of Request: Continuation of care, Personal, Legal, Insurance, Other

I authorize release to, Phone

Name/Facility, Fax

Address, City/State, Zip

Date of service range (month/year): From to

If released to self, select method of release: Email, My Health Connection, Mail, PowerShare

Pick up at the facility is not available at this time.

- Billing/UB04, Clinic/Progress notes, Discharge summary, Drug/Alcohol treatment*, Emergency room report, Facesheet, Genetic information*, History & Physical, HIV/AIDS information*, Immunization record, Laboratory results, Mental health treatment*, Operative note, Radiology reports, Radiology images, Sickle cell information*, STD/Communicable diseases*, Visit record, Visit summary, Other

*I hereby consent to disclose the above bolded specialized information. Patient's signature is required.

- 1. I authorize the release of my medical record, including photographs.
2. This authorization is voluntary and the disclosure is made at my request.
3. If the organization authorized to receive the information is not a health plan or health care provider, the released information may no longer be protected by federal privacy regulations.
4. Multiple requests are authorized if the purpose of the request remains the same.
5. I have a right to revoke this authorization at any time, and if I revoke this authorization, I must do so in writing and present the written revocation to the department that I have authorized to release the information. Any revocation will not apply to information that has already been released in response to this authorization.
6. I need not sign this form to ensure health care treatment.

I request this authorization to expire on or 180 days from the date signed below and covers only treatment for the date(s) specified above.

I am also aware fees (outlined below) for copy services may apply. NOTE: Fees/charges will comply with all Laws and regulation applicable to the release of information. Standard copying fees are as follows:

No charge for pages 1-10 \$0.50 for each page from 11-40 \$0.33 for each additional page

Additionally, an initial set of radiological films/CD-ROM can be provided at no cost to a patient for physician or facility referral.

IMPORTANT WARNING: The documents accompanying this message are intended for the use of the person or entity to which this message is addressed. These documents may contain information that is privileged and confidential, the disclosure of which is governed by applicable law. Unauthorized re-disclosure or failure to maintain confidentiality could subject you to penalties described in federal and state law. If you are the employee or agent responsible to deliver this information to the intended recipient, you are hereby notified that any dissemination, distribution, or copying of this information is STRICTLY PROHIBITED.

Signature of patient or legal representative, Date

FOR HIM OFFICE USE ONLY

MRN, CSN/FIN

ID: Driver's license, State ID, Military ID

If signed by a legal representative, indicate documentation: Death certificate, Power of attorney, Living Will

Processed by, Date, Mailed/faxed/given by