



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
- Otra instalación o proveedor _____
- 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: Continuación 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 _____

Cualquier divulgación que requiera más de 100 hojas se enviará por correo en un CD o se de forma electrónica.

- My Health Connection
- Por correo
- PowerShare (Solo imágenes de radiología)

<input type="checkbox"/> Facturación/UB04	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio
<input type="checkbox"/> Notas clínicas/de evolución	<input type="checkbox"/> Tratamiento de salud mental*
<input type="checkbox"/> Resumen del alta	<input type="checkbox"/> Nota operativa
<input type="checkbox"/> Tratamiento por alcohol/drogas*	<input type="checkbox"/> Informe de radiología
<input type="checkbox"/> Informe de la sala de emergencias	<input type="checkbox"/> Imágenes de radiología
<input type="checkbox"/> Portada	<input type="checkbox"/> Anemia falciforme*
<input type="checkbox"/> Información genética*	<input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual/Enfermedad transmisible*
<input type="checkbox"/> Historial clínico y exploración física	<input type="checkbox"/> Registro de visitas (incluye registros de la sala de emergencias, notas e informes de proveedores, datos de salud, historial médico, listas de medicamentos y alergias, resultados de pruebas)
<input type="checkbox"/> Información VIH/SIDA*	<input type="checkbox"/> Resumen de visitas (incluye notas e informes de proveedores, resultados de pruebas)
<input type="checkbox"/> Registros de vacunación	
<input type="checkbox"/> Otra _____	

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

- Autorizo la divulgación de mi expediente médico, incluidas las fotografías.
- Esta autorización es voluntaria y la divulgación se hace a petición mía.
- 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.
- Se autorizan múltiples solicitudes si el propósito de la solicitud sigue siendo el mismo.
- 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 autorizó a divulgar la información. La revocación no aplicará a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización.
- 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:

Para el paciente: \$6.50 todas las páginas (solo archivos electrónicos)

Para terceros: \$18.53 (cargos para las páginas de la 1 a la 10) más \$0.85 (cada una de las páginas desde la 11 hasta la 40) más \$0.57 (cada página desde la 40 en adelante)

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 UCHHealth 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, UCHHealth 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

Any release that requires more than 100 sheets of paper will be mailed on a CD or delivered electronically. My Health Connection, Mail, PowerShare (radiology images only)

Grid of checkboxes for specialized information: 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:

To patient: \$6.50 all pages (electronic file only)
To third party recipient: \$18.53 (retrieval fee for pages 1-10) plus \$0.85 (each pages 11-40) plus \$0.57 (each page over 40)

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