



Autorización para divulgar información médica protegida

(Authorization to Disclose Protected Health Information)

Marque la instalación:

- | | |
|---|--|
| ☐ Broomfield Hospital | ☐ Memorial Hospital |
| ☐ Grandview Hospital | ☐ Pikes Peak Regional Hospital |
| ☐ Greeley Hospital | ☐ Poudre Valley Hospital |
| ☐ Highlands Ranch Hospital | ☐ University of Colorado Hospital |
| ☐ Longs Peak Hospital | ☐ Yampa Valley Medical Center |
| ☐ Medical Center of the Rockies | ☐ UCHealth Medical Group |
| ☐ Otra instalación o proveedor _____ | |

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

- | | |
|---|---|
| ☐ Facturación/UB04 | ☐ Resultados de laboratorio |
| ☐ Notas clínicas/de evolución | ☐ Tratamiento de salud mental* |
| ☐ Resumen del alta | ☐ Nota operativa |
| ☐ Tratamiento por alcohol/drogas* | ☐ Informe de radiología |
| ☐ Informe de la sala de emergencias | ☐ Imágenes de radiología |
| ☐ Portada | ☐ Anemia falciforme* |
| ☐ Planificación familiar y salud reproductiva* | ☐ Enfermedad de transmisión sexual/Enfermedad transmisible* |
| ☐ Información genética* | ☐ 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) |
| ☐ Historial clínico y exploración física | ☐ Resumen de visitas (incluye notas e informes de proveedores, resultados de pruebas) |
| ☐ Información VIH/SIDA* | |
| ☐ Registros de vacunación | |
| ☐ Otra _____ | |

***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 autoricé 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:

Para el paciente: \$6.50 todas las páginas (entrega de CD/archivos electrónicos). Acceso gratuito a todas las páginas mediante MyHealthConnection.

Entrega en papel: 1 a 10 páginas = gratis, 11 a 99 páginas = \$6.50, 100 o más páginas se entregarán de manera electrónica solamente.

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 UCHealth facility/group from which you are requesting records:

- | | |
|--|--|
| ☐ Broomfield Hospital | ☐ Memorial Hospital |
| ☐ Grandview Hospital | ☐ Pikes Peak Regional Hospital |
| ☐ Greeley Hospital | ☐ Poudre Valley Hospital |
| ☐ Highlands Ranch Hospital | ☐ University of Colorado Hospital |
| ☐ Longs Peak Hospital | ☐ Yampa Valley Medical Center |
| ☐ Medical Center of the Rockies | ☐ 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 (radiology images only)

- | | |
|--|--|
| ☐ Billing/UB04 | ☐ Laboratory results |
| ☐ Clinic/Progress notes | ☐ Mental health treatment* |
| ☐ Discharge summary | ☐ Operative note |
| ☐ Drug/Alcohol treatment* | ☐ Radiology reports |
| ☐ Emergency room report | ☐ Radiology images |
| ☐ Facesheet | ☐ Sickle cell information* |
| ☐ Family Planning/Reproductive Health* | ☐ STD/Communicable diseases* |
| ☐ Genetic information* | ☐ Visit record (includes emergency room records, provider notes/reports, Health data, medical history, medicine and allergy lists, test results; does not include images) |
| ☐ History & Physical | ☐ Visit summary (includes provider notes/reports, test results; does not include images) |
| ☐ HIV/AIDS information* | |
| ☐ Immunization record | |
| ☐ 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 (CD or electronic delivery). My Health Connection delivery is free (all pages).

Paper delivery: 1-10 are free, 11-99 pages are \$6.50, 100 or more pages delivered electronically 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 _____