



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 médico _____

Dirección _____

Teléfono _____

Fax _____

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 autorizó 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 OFFICIAL USE ONLY

Released completed on-site ☐ Processed by (Name) _____ Date _____

Patient's ID type and number: ☐ Driver's license _____ ☐ State ID _____ ☐ Military ID _____

If signed by a legal representative, include a copy of the document: ☐ Death certificate ☐ Power of attorney ☐ Living Will

Request forwarded to HIM ☐ Forwarded by (Name) _____ Date _____