



Autorización para divulgar información de salud protegida

Seleccione el centro o grupo de UCHealth del cual está solicitando registros:

- | | |
|--|--|
| ☐ Broomfield Hospital | ☐ Parkview Medical Center |
| ☐ Grandview Hospital | ☐ Parkview Pueblo West |
| ☐ Greeley Hospital | ☐ Pikes Peak Regional Hospital |
| ☐ Highlands Ranch Hospital | ☐ Poudre Valley Hospital |
| ☐ Longs Peak Hospital | ☐ University of Colorado Hospital |
| ☐ Medical Center of the Rockies | ☐ Yampa Valley Medical Center |
| ☐ Memorial Hospital | |

☐ Otro centro/profesional

Nombre _____

Dirección _____

Número de teléfono _____

Fax _____

Nombre del paciente _____ Anteriormente conocido como _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad/Estado _____ Código postal _____ Número de teléfono _____

Objetivo de la solicitud: ☐ Continuación de la atención médica ☐ Personal ☐ Legal ☐ Seguro ☐ Otro _____

Autorizo la divulgación a (Nombre/Centro) _____

Número de teléfono _____ Fax _____

Dirección _____ Ciudad/Estado _____ Código postal _____ Número de teléfono _____

Rango de fecha de servicio (mes/año): De _____ a _____

Si solicita que la información se le entregue a usted mismo, seleccione el método de entrega.

☐ Correo electrónico ☐ My Health Connection ☐ Correspondencia ☐ PowerShare (imágenes de radiología solamente)

- | | |
|---|---|
| ☐ Facturación/UB04 | ☐ Nota operatoria |
| ☐ Notas clínicas / de evolución | ☐ Informes de patología |
| ☐ Resumen de alta | ☐ Láminas de patología |
| ☐ Tratamiento para el uso de drogas/alcohol* | ☐ Informes de procedimiento |
| ☐ Informe de la sala de emergencias | ☐ Informes de radiología |
| ☐ Ficha de datos personales | ☐ Imágenes de radiología |
| ☐ Planificación familiar/Salud reproductiva* | ☐ Información sobre anemia de células falciformes* |
| ☐ Información genética* | ☐ Información sobre enfermedades contagiosas/ de transmisión sexual* |
| ☐ Antecedentes y examen físico | ☐ Documentación de la evaluación para trasplante, que incluye las notas del Comité de Selección |
| ☐ Información sobre el VIH/SIDA | ☐ Registro de la consulta (incluye registros de la sala de emergencias, notas e informes del médico, datos de salud, historial médico, listas de medicamentos y alergias, resultados de laboratorio; no incluye imágenes). |
| ☐ Registro de inmunizaciones | ☐ Resumen de la consulta (incluye notas/informes del médico, resultados de laboratorios; no incluye imágenes) |
| ☐ Resultados de laboratorio | |
| ☐ Tratamiento de salud mental* | |
| ☐ Otro _____ | |

Nota: es posible que le soliciten proporcionar autorización o documentación adicional para pacientes fallecidos, así como para registros de tratamiento de salud mental o abuso de sustancias (drogas/alcohol).

***Por la presente, doy mi consentimiento para divulgar la información especializada resaltada arriba.**

Se exige la firma del paciente

1. Autorizo la divulgación de mi registro médico, que incluye fotografías.
2. Esta autorización es voluntaria y la divulgación se realiza a mi solicitud.
3. Si la organización que recibe la información no es un plan de salud ni un profesional de la salud, las reglamentaciones federales de privacidad pueden dejar de proteger la información médica divulgada.
4. Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Si decido hacerlo, debo hacerlo por escrito y entregarlo al departamento que autorizó para divulgar la información. Sin embargo, la revocación no afectará la información que ya haya sido divulgada previamente en virtud de esta autorización.
5. No es necesario que firme este formulario para recibir tratamiento médico.
6. Entiendo que, al autorizar la divulgación de mi información sobre salud reproductiva, esta podría ser utilizada en un proceso legal en mi contra.

Solicito que esta autorización expire el _____ o 180 días después de la fecha de firma, **y que se aplique únicamente al tratamiento de las fechas indicadas anteriormente.**

Entiendo que los servicios de copias pueden tener cargos, los cuales se detallan a continuación. NOTA: los cargos se ajustarán a las leyes y regulaciones aplicables para la divulgación de información. **Al paciente:** El envío mediante My Health Connection es gratuito. **En papel:** No se cobrará por las primeras 100 páginas; las copias que superen esa cantidad se enviarán de forma electrónica. **Imágenes de radiología:** El primer disco es gratis; cada disco adicional tiene un costo de \$6.50. **Para un destinatario tercero:** \$18.53 por las primeras 10 páginas, \$0.85 por cada página adicional entre la 11 y la 40, y \$0.57 por cada página a partir de la 41.

AVISO IMPORTANTE: Los documentos adjuntos son para el uso exclusivo de la persona o entidad a la que va dirigido este mensaje y pueden contener información confidencial y privilegiada. Esta divulgación está sujeta a la legislación aplicable. La redivulgación no autorizada o el incumplimiento de la confidencialidad pueden resultar en sanciones conforme a la ley federal y estatal. Si usted es el empleado o agente encargado de entregar esta información al destinatario, por el presente se le informa que está **ESTRICTAMENTE PROHIBIDO** difundir, distribuir o copiar esta información.

Firma del paciente o del representante legal autorizado _____

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 | ☐ Parkview Medical Center | ☐ Other Facility/Provider |
| ☐ Grandview Hospital | ☐ Parkview Pueblo West | Name _____ |
| ☐ Greeley Hospital | ☐ Pikes Peak Regional Hospital | Address _____ |
| ☐ Highlands Ranch Hospital | ☐ Poudre Valley Hospital | Phone _____ |
| ☐ Longs Peak Hospital | ☐ University of Colorado Hospital | Fax _____ |
| ☐ Medical Center of the Rockies | ☐ Yampa Valley Medical Center | |
| ☐ Memorial Hospital | | |

Patient name _____ Formerly known as _____ Date of Birth _____

Address _____ City/State _____ Zip _____ Phone _____

Purpose of Request: ☐ Continuation of care ☐ Personal ☐ Legal ☐ Insurance ☐ Other _____

I authorize release to (Name/Facility) _____

Phone _____ 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	☐ Operative note
☐ Clinic/Progress notes	☐ Pathology Reports
☐ Discharge summary	☐ Pathology Slides
☐ Drug/Alcohol treatment*	☐ Procedure Reports
☐ Emergency room report	☐ Radiology reports
☐ Facesheet	☐ Radiology images
☐ Family Planning/Reproductive Health*	☐ Sickle cell information*
☐ Genetic information*	☐ STD/Communicable diseases*
☐ History & Physical	☐ Transplant Evaluation documentation, including Selection Committee Notes
☐ HIV/AIDS information*	☐ Visit record (includes emergency room records, provider notes/reports, Health data, medical history, medicine and allergy lists, test results; does not include images)
☐ Immunization record	☐ Visit summary (includes provider notes/reports, test results; does not include images)
☐ Laboratory results	
☐ Mental health treatment*	
☐ Other _____	

Note: Additional authorization/documentation may be required for deceased patient, behavioral health, or drug/alcohol treatment records.

*I hereby consent to disclose the above bolded specialized information.

Patient's signature is required

- I authorize the release of my medical record, including photographs.
- This authorization is voluntary and the disclosure is made at my request.
- 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.
- 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.
- I need not sign this form to ensure health care treatment.
- I understand that I may be authorizing release of reproductive healthcare information that may be used in pursuit of litigation against me.

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: My Health Connection delivery is free. Paper: 1-100 pages – free; 100+ pages will be sent electronically. Radiology images: 1st disc is free; Additional discs are \$6.50 each.

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)

IMPORTANT WARNING: The documents accompanying this message are intended for the use of the person or entity to which this message is addressed and may contain information that is privileged and confidential. This disclosure 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 _____

MRN _____ CSN/FIN _____ FOR HIM OFFICE USE ONLY

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 _____

