



Autorización para divulgar información de salud protegida

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

- Broomfield Hospital
- Memorial Hospital
- Estes Valley Medical Center
- 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
- 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)

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

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 autorice 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 _____

