



- University of Colorado Hospital
- Poudre Valley Hospital
- Medical Center of the Rockies
- Memorial Hospital
- Colorado Health Medical Group

MRN# _____
 CSN/FIN# _____

Autorización para la Divulgación de Información Médica Protegida

Nombre del Paciente: _____ Nombre previo: _____ Fec. De Nac.: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ C.Postal: _____ # Tel: _____

Razón por solicitar: Continuar tratamiento Personal Legal Seguro médico Otro: _____

Autorizo divulgar a: _____ Número de Tel: _____

Nombre/Centro médico: _____ Número Fax: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ C Postal: _____

Intervalo del servicio(mes/año): Del: _____ Al: _____

<input type="checkbox"/> Abstracto (Notas del médico, Lab., Radiología, Cardiología) <input type="checkbox"/> Facturas/UB04 <input type="checkbox"/> Clínica/Notas de progreso <input type="checkbox"/> Completo (Expediente completo, notas, medicamentos, Diagrama de flujo, etc.) <input type="checkbox"/> Resumen de alta <input type="checkbox"/> Tratamiento contra drogas/alcohol* <input type="checkbox"/> Informe del cuarto de emergencia <input type="checkbox"/> Hoja de portada/Facesheet <input type="checkbox"/> Información genética* <input type="checkbox"/> Historial y examen físico <input type="checkbox"/> Datos sobre VIH/SIDA*	<input type="checkbox"/> Registro de vacunación <input type="checkbox"/> Resultados del laboratorio <input type="checkbox"/> Tratamiento de salud mental* <input type="checkbox"/> Nota operativa <input type="checkbox"/> Otro: _____ <hr/> <input type="checkbox"/> Informes de radiología <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología <input type="checkbox"/> Drepanocito/célula falciforme* <input type="checkbox"/> ETS/Enfermedad de transmisión sexual*
--	--

*Por la presente consiento a divulgar la información especializada/ en negrita. _____

Requiere Firma del Paciente

1. **Solicitudes se tramitarán dentro de 10 días laborales.**
2. Autorizo la divulgación de mis expedientes médicos, incluso fotografías.
3. Esta autorización es voluntaria y la divulgación se ejecuta a solicitud mía.
4. Si la organización autorizada que recibe la información no es un plan médico o proveedor de la salud médica, puede que la información divulgada no sea protegida por las regulaciones de privacidad federales.
5. Solicitudes múltiples se autorizan si el propósito de la solicitud permanece el mismo.
6. Tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento y si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar la revocación por escrito al departamento que he autorizado divulgar la información. Cualquier revocación no se aplicará a información que ya se ha divulgado como resultado de esta autorización.
7. No necesito firmar este formulario para que me garanticen la atención de salud médica.

Solicito que esta autorización se venza el día _____ o 180 días de la fecha que se firma abajo y **la cobertura es solo para atención médica durante las fechas indicadas anteriormente.**

También estoy enterado que puedo estar sujeto a cargos, delineados abajo, por copias. NOTA: Cargos cumplirán con todo reglamento aplicable a la divulgación de información. Cargos estándar por copias son los siguientes:

No hay cargo por páginas 1-10 .50 centavos por cada página de 11-40 .33 cent./cada página adicional

Adicionalmente, se puede proveer sin coste, unos films radiológicos/CD-ROM iniciales al paciente para remisión a un médico o centro médico. Sin embargo, **un cargo de \$5.00 por hoja o film y \$7.00 por CD-ROM se cobrará por copias adicionales.**

ADVERTENCIA IMPORTANTE: Los documentos que acompañan este mensaje están destinados para el uso de la persona o entidad a que se dirige este mensaje. Estos documentos pueden incluir datos privilegiados y confidenciales, la divulgación de los cuales se rige por la legislación aplicable. La re divulgación sin autorización o no cumplir con la confidencialidad podría hacerlo sujeto a multas delineadas en la legislación federal y estatal. Si usted es el empleado o agente responsable por entregar esta información al destinatario previsto, por la presente se le notifica que cualquier diseminación, distribución o copia de esta información se **PROHIBE Estrictamente.**

 Firma del Paciente o Representante Legal

 Fecha

ID: <input type="checkbox"/> Driver's License _____	<i>For HIM Office Use Only/Solo para el uso oficial</i>	_____
	<input type="checkbox"/> State ID _____	<input type="checkbox"/> Military ID _____
If signed by legal representative, indicate documentation:	<input type="checkbox"/> Death Certificate	<input type="checkbox"/> Power of Attorney
	<input type="checkbox"/> Living Will	
Processed by: _____	Date: _____	Mailed/Faxed/Given by: _____