

# Autorización para revelar información protegida de salud

**Nombre del paciente** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_

**Solicito Que Mi Información Protegida de Salud Sea Revelada A:** (Debe seleccionar una opción)

- Mí** (paciente)
- Enviar por correo a (dirección) \_\_\_\_\_
- Recoger—Llamar cuando esté disponible (teléfono) \_\_\_\_\_
- Correo electrónico cifrado (sin imágenes) \_\_\_\_\_
- Autorizo a \_\_\_\_\_ a recoger los registros por mí.
- (Nombre Y Parentesco)
- Proveedor de atención primaria** (continuidad de la atención)
- Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_
- Dirección \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_
- Correo  FAX (sin imágenes)  Correo electrónico cifrado (sin imágenes) \_\_\_\_\_
- Otro**
- Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_
- Dirección \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_
- Propósito de la revelación \_\_\_\_\_
- Correo  FAX (sin imágenes)  Correo electrónico cifrado (sin imágenes) \_\_\_\_\_

**Autorizo la Revelación de la Siguiete Información Protegida de Salud Tomada de Mi(s) Expediente(s) Médico(s):** (Debe

**seleccionar una opción)**

**Fecha(s) del servicio** \_\_\_\_\_

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Visitas a Emergencias                         | <input type="checkbox"/> Visitas Oncología/Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Informe(s) de laboratorio                    |
| <input type="checkbox"/> Visitas quirúrgicas                           | <input type="checkbox"/> Informes de pruebas genéticas   | <input type="checkbox"/> Informes de estudios diagnósticos por imagen |
| <input type="checkbox"/> Expediente completo para las fechas indicadas | <input type="checkbox"/> EXPEDIENTE MÉDICO COMPLETO      | <input type="checkbox"/> Incluir CD de imágenes                       |
| <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____                      |  |   |

**Su firma en este formulario de autorización significa que entiende que:**

- Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento; para ello, deberá enviar un aviso de revocación por escrito al Funcionario de Privacidad de UCHealth Yampa Valley Medical Center. La revocación no tendrá efecto sobre las medidas que Yampa Valley Medical Center (YVMC) haya tomado ya con base en esta Autorización.
- Un tercero puede reembolsar a YVMC los honorarios de reproducción de conformidad con lo que señala la ley federal y estatal.
- Ni YVMC ni el destinatario condicionarán el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios al hecho de que usted firme esta Autorización. Además, el destinatario puede revelar a su vez los registros y, en ese caso, puede ser que estos ya no estén protegidos por las disposiciones federales de privacidad.
- Usted reconoce y acepta que los registros/información cuya revelación se autoriza por medio de esta Autorización pueden incluir registros relativos a enfermedades psiquiátricas y registros de pruebas, diagnósticos o tratamiento de enfermedades transmisibles.
- Esta Autorización continuará en vigor por un año después de la fecha indicada a continuación y vencerá una vez transcurrido este plazo o, si no se indica ninguna fecha a continuación, a partir de la fecha en que YVMC reciba esta Autorización ejecutada.

**Firma del paciente** \_\_\_\_\_

**Nombre del paciente en letra de imprenta** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

Firma del representante autorizado a recoger registros

Nombre del representante autorizado en letra de imprenta

Fecha

**Envíe por fax este formulario completado a UCHealth Yampa Valley Medical Center al 970.879.0297.**

—**PARA USO EXCLUSIVO DE YAMPA VALLEY MEDICAL CENTER**—

<b>Patient Information Verification</b>	Rec'd by _____	Rec'd on _____	Compiled by _____
	Identity verified and records provided by _____		
	M# _____	Account(s) _____	

