



# Autorización para divulgar información médica protegida

(Authorization to Disclose Protected Health Information)

### Marque la instalación:

- Broomfield Hospital
  - Grandview Hospital
  - Greeley Hospital
  - Highland Ranch Hospital
  - Longs Peak Hospital
  - Medical Center of the Rockies
  - Memorial Hospital
  - Pikes Peak Regional Hospital
  - Poudre Valley Hospital
  - University of Colorado Hospital
  - Yampa Valley Medical Center
  - UCHealth Medical Group
- Otra instalación o proveedor \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_  
 Recogerla en el lugar que marqué  My Health Connection  Por correo

<input type="checkbox"/> Facturación/UB04	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio
<input type="checkbox"/> Notas clínicas/de evolución	<input type="checkbox"/> <b>Tratamiento de salud mental*</b>
<input type="checkbox"/> Resumen del alta	<input type="checkbox"/> Nota operativa
<input type="checkbox"/> <b>Tratamiento por alcohol/drogas*</b>	<input type="checkbox"/> Informe de radiología
<input type="checkbox"/> Informe de la sala de emergencias	<input type="checkbox"/> Imágenes de radiología
<input type="checkbox"/> Portada	<input type="checkbox"/> <b>Anemia falciforme*</b>
<input type="checkbox"/> <b>Información genética*</b>	<input type="checkbox"/> <b>Enfermedad de transmisión sexual/Enfermedad transmisible*</b>
<input type="checkbox"/> Historial clínico y exploración física	<input type="checkbox"/> 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)
<input type="checkbox"/> <b>Información VIH/SIDA*</b>	<input type="checkbox"/> Resumen de visitas (incluye notas e informes de proveedores, resultados de pruebas)
<input type="checkbox"/> Registros de vacunación	
<input type="checkbox"/> Otra _____	

\*Otorgo mi consentimiento para divulgar la información en **negrita/especializada** antes mencionada. \_\_\_\_\_ **Se requiere la firma del paciente.**

- El estado permite 10 días hábiles para el procesamiento de solicitudes.
- Autorizo la divulgación de mi expediente médico, incluidas las fotografías.
- Esta autorización es voluntaria y la divulgación se hace a petición mía.
- 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.
- Se autorizan múltiples solicitudes si el propósito de la solicitud sigue siendo el mismo.
- 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.
- 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:

**Sin cargo para las páginas 1-10 \$0.50 por cada página de 11-40 \$0.33 por cada página adicional**

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 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 \_\_\_\_\_