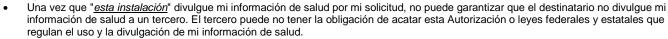


Intermountain Autorización para usar y divulgar información de salud protegida

neartificare	Authorization to 0	se and Disclose Protecte	eu Health Inionnation	
Autorización para divulgar la información protegida de salud de: Authorization to release the protected health information of:				
Nombre del paciente (Patient N	ame):	MRN:	EMPI:	
Dirección Actual Current Address		Ciudad City	Estado State Código postal Zip	
Número de teléfono Phone Number ()		Fecha de nacimiento Date of Birth / /		
Esta autorización es para divento authorization is to release the	ulgar la información protegida de la protected health information to:	a salud para:		
Nombre: Name			Número de teléfono ()	
Dirección Actual Current Address		Ciudad City	Estado State Código postal Zip	
Entregado (Deliver by): □En persona (In person) □Por correo (Mail) □Por fax (Fax) Número de fax:				
□Correo electrónico seguro (Secure Email) Dirección de correo seguro (Secure Email Address):				
Esta autorización es para divulgar la información protegida de la salud de:				
This authorization is to release the	protected health information from:			
Nombre de la instalación/ proveedor (Facility Name/Provider)			Número de teléfono ()	
Dirección Actual Current Address		Ciudad City	Estado State Código postal Zip	
El propósito de esta divulgac	ión es: The purpose of this disclosure is:	:		
Fechas de servicio solicitado: Dates of service requested:				
Divulgación de la siguiente información: Release the following information:				
☐ Resumen de alta	□ Informe(s) de Patología	□ Contacto para	a servicios de transportación no-urgente	
☐ Historia & Chequeo médico	□ Informe(s) de Radiología	□ Valoración de Salud Conductual al Ingreso		
☐ Consulta(s)	□ Informe(s) de Laboratorio	□ Resumen de Salud Conductual al Alta		
□ Informe(s) Operativo(s)	□ Informe(s) de Cardiología	☐ Informes de terapia de salud mental		
□ Notas de progreso	☐ Plan(es) de tratamiento	□ Informe(s) de	emergencias	
□ Registros de tratamiento por trastorno de sustancias adictivas				
□ Otra información protegida de salud según se esfecifica:				
□ Resumen de facturación detallada □ Información financiera				
Esta autorización permanecerá en efecto: This Authorization will remain in effect:				
□ Desde la fecha de esta autorización hasta (From the date of this Authorization until):				
A menos que se indique lo contrario, esta autorización permanecerá en vigor 180 días desde la fecha de firma. Unless otherwise noted above this authorization will remain in effect 180 days from the date signed.				
Entendido que:				



- Yo puedo hacer una solicitud por escrito en cualquier momento a "esta instalación" para inspeccionar u obtener una copia de mi información de salud mantenida en ese centro según lo dispuesto en el Reglamento de Privacidad Federal 45 CFR § 164.524.
- Esta autorización permanecerá en efecto hasta que expire la autorización o yo proporcione una notificación escrita de revocación al Departamento de información de la salud/registros médicos. Si revoco esta Autorización, Intermountain Healthcare puede no ser capaz de revertir el uso de la divulgación de mi información de salud mientras que la Autorización era válida.

Para utilizar si la instalación pide esta autorización:

Entiendo que:

- Puedo negarme a firmar o puedo revocar esta Autorización en cualquier momento, por cualquier razón y que tal denegación o revocación no afectará el comienzo, continuación o calidad de mi tratamiento en "esta instalación", inscripción en el plan de salud o elegibilidad para
- Los Registro(s) de tratamiento por trastorno de sustancias adictivas por el Reglamento Federal 42, CFR, parte 2. La firma del menor y el padre o tutor se requieren antes de divulgar los registros de tratamiento de alcoholismo y/o farmacodependencia de un menor.

Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información de salud, puedo contactar al Departamento de información de la salud/registros médicos.			
Firma del paciente o representante legal:	Fecha:		
Si es firmado por el Representante Legal, su autoridad:	Firma del testigo (opcional):		