

Información sobre el paciente

Nombre completo _____ Fecha de nacimiento _____
 Nombre de soltera u otros nombres usados _____ SSN: xxx-xx-_____ (últimos 4 dígitos)
 Domicilio _____
 Teléfono de día _____ Celular _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Formulario de divulgación

Lutheran Medical Center Good Samaritan Medical Center St. Mary's Medical Center St. James Healthcare
 St. Joseph Hospital Platte Valley Medical Center St. Vincent Healthcare Holy Rosary Healthcare
 West Pines Clínica/médico, especifique: _____

Divulgar a

Nombre de la persona/compañía/organización _____
 Domicilio _____
 Teléfono _____ Fax _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Objetivo

Continuación de la atención Seguro/WC Legal
 Personal Otro (especifique) _____

Fecha(s) en que se divulgará la información

Fecha(s) de servicio, desde _____ hasta _____
 Fecha(s) de servicio, desde _____ hasta _____

Información que se divulgará

Deseo copias de los ítems señalados a continuación para las fechas de tratamiento antes mencionadas.

Informe de emergencia Resumen de la descarga Antecedentes y exámenes físicos CD/Estudios por imágenes (Resonancia magnética/Tomografía computada/Radiografía/Ecografía)
 Informe operativo Consultas Pruebas de laboratorio Informe del diagnóstico por imágenes
 Visita clínica Registros de facturación Estudios cardiológicos/ECG Otro _____

Formato de la divulgación

Deseo copias de los ítems antes señalados en el formato siguiente (en papel-correo estadounidense es predeterminado si no está marcado).

En papel – correo estadounidense CD Fax (solo proveedores de atención médica)
 En papel – para recoger Solo revisión Correo electrónico _____

Información de acceso del paciente

- Proporcionaré una identificación con foto antes de acceder a mi expediente médico.
- Puedo revisar mi expediente médico sin cargo. Si solicito copias de mi expediente médico, es posible que deba pagar una tarifa.
- Dirigiré a mi médico mis preguntas sobre el tratamiento, el pronóstico u otros temas clínicos.
- Un profesional del centro de atención supervisará la revisión de mi expediente médico.
- Si participo en un estudio de investigación que involucra un tratamiento médico, es posible que mi acceso al contenido del estudio de investigación se suspenda temporalmente mientras la investigación esté en curso. Al finalizar la investigación, recuperaré el acceso a mi expediente médico.

Comprendo

- Que la información que se divulgará puede incluir un diagnóstico o referirse a las siguientes afecciones: servicios de salud del comportamiento o atención psiquiátrica, anemia de células falciformes, pruebas genéticas, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH), abuso de drogas o alcohol.
- Que sin mi revocación expresa, esta autorización **caducará** automáticamente 180 días después de la fecha en que se firme a continuación, a menos que solicite una fecha de caducidad inferior a los 180 días.
- Que puedo **revocar** esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se haya procedido a tal efecto.
- La información que se divulgue en conformidad con la autorización puede estar sujeta a **una nueva divulgación** por parte del receptor y ya no estará protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) sobre privacidad, a menos que la divulgación incluya expedientes de un programa que recibe asistencia federal y que brinda específicamente diagnósticos, tratamientos o remisiones para el tratamiento de drogadicción o alcoholismo, en cuyo caso **se prohíbe una nueva divulgación** de acuerdo con las norma 42 CFR Parte 2.

Es necesario que firme para validar esta autorización. Aun cuando no firme la autorización, este centro de atención continuará dándome tratamiento y requerirá el pago por los servicios brindados. Según los estatutos estatales, este centro de atención puede cobrarme por las copias del expediente médico.

Firma del paciente/tutor/representante personal _____ Relación (si no es el paciente) _____ Fecha _____

Nombre, dirección, teléfono **en letra de imprenta** del representante personal _____

Si el paciente no puede firmar, indicar la razón: _____

Envíe el formulario completo a:

- Correo electrónico: peaks_croi@imail.org • Fax: 303-467-8966
- Correo: Centralized Release of Information, 15755 E 32nd Avenue, Suite 1A, Aurora, CO 80011

For Office Use Only

Date Authorization Received: _____ By: _____ Identification/Driver License Verified: _____
 Date Request Completed: _____ By: _____ Delivery Instructions: _____



Authorization for Disclosure of Protected Health Information (PHI) (Spanish)

PATIENT INFORMATION

Place label here.
 Scanning does NOT work if label is outside this guide.