

Información del paciente

Nombre completo _____ Fecha de nacimiento _____
 Apellido de soltera u otros nombres utilizados _____ Número de Seguro Social: XXX-XX- _____ (últimos 4 dígitos)
 Dirección _____
 No. telefónico diurno _____ No. de cel. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Divulgación de información de

Nombre del hospital/clínica: _____
 Dirección _____
 No. telefónico _____ No. de fax _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Divulgar a

Nombre del destinatario: _____
 Dirección _____
 No. telefónico _____ No. de fax _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Propósito

Continuación de cuidado Seguro/WC Legal
 Personal Otro (Especificar): _____

Fecha(s) de Información a ser Divulgada

Fecha(s) de servicio desde _____ a _____
 Fecha(s) de Servicio desde _____ a _____
 Fecha(s) de Servicio desde _____ a _____

Información a ser divulgada/accedida

Deseo copias de los ítems marcados a continuación para las fechas de tratamiento indicadas

SOLO lo siguiente:

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Informe de emergencia | <input type="checkbox"/> Resumen del alta | <input type="checkbox"/> Historial & físico | <input type="checkbox"/> CD de Imagen/
Placa (MRI/CT/Rayos X/Ultrasonido) |
| <input type="checkbox"/> Informe quirúrgico | <input type="checkbox"/> Consulta | <input type="checkbox"/> Laboratorio | |
| <input type="checkbox"/> Visita clínica | <input type="checkbox"/> Registros de facturación | <input type="checkbox"/> Estudio cardiaco/ EKG | <input type="checkbox"/> Informe de imagen |
| <input type="checkbox"/> Salud Mental | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |
- Informe médico pertinente– (Por defecto para solicitudes de pacientes: Resumen de alta, H&P, Informe quirúrgico, Informe de urgencias, Consulta)
 Informe médico completo (Informe médico legal)

Divulgación/Formato de acceso

Deseo copias de los elementos marcados arriba en el siguiente formato (Formato de papel- Correo por defecto si no está marcado)

- Formato de papel – Correo CD USB Fax (Sólo proveedor médico) Otro _____
 Formato de papel – Recogida Sólo revisión Email encriptado a: _____

Entiendo que

- Sin mi revocación expresada, esta autorización automáticamente **expirará** en 180 días de la fecha firmada, a no ser que otra fecha sea especificada aquí: _____
- Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, salvo en la medida que ya se haya tomado acciones para cumplirla. La información divulgada en virtud de la autorización puede ser objeto de **divulgación nuevamente** por parte del destinatario y deja de estar protegida por la norma de privacidad de HIPAA.
- Entiendo que el BCH no puede negarme el tratamiento si me niego a firmar esta autorización, a menos que esta autorización sea necesaria para participar en un estudio de investigación o si el tratamiento proporcionado será únicamente con el propósito de crear información de salud protegida para ser divulgada a la parte mencionada en esta autorización. Entiendo que, a excepción de los registros de tratamiento de drogas y alcohol, la información divulgada en virtud de esta autorización puede ser divulgada de nuevo por el destinatario y ya no está protegida por las leyes de privacidad.
- Tratamiento, pago, inscripción o derecho a prestaciones no pueden estar condicionados a la firma de esta autorización.

Firma del paciente/Guardian/Representante personal

Relación

Fecha

Se requiere la firma del menor para la divulgación de cualquier registro para tratamiento que el menor pueda autorizar en virtud de la Ley de Colorado

Nombre, dirección y número de teléfono en letra DE MOLDE del representante personal



ROI

HIPAA
Divulgación de información médica
1/24
Página 1 de 1

Place Label Here