

Información del paciente

Nombre completo _____ Fecha de nacimiento _____
Apellido de soltera u otros nombres usados _____ Número de Seguro Social: XXX-XX- _____ (últimos 4 dígitos)
Dirección _____
Teléfono # _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Liberar información del/la

Nombre del Hospital/Clínica: _____
Dirección _____
Teléfono # _____ FAX # _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Enviar a

Nombre del receptor: _____
Dirección _____
Teléfono # _____ FAX # _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Propósito

- Continuación del cuidado
 Personal
 Seguro/WC
 Otro(Especificar _____)
 Legal

Fecha(s) de divulgación de la información

Fecha(s) de servicio desde _____ al _____

Información para divulgar/acceder

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

SOLO lo siguiente:

- Informe de urgencias
 Informe de cirugía
 Resumen del alta
 Consulta
 Historial y examen físico
 Laboratorio
 CD/imagen:
- (IRM/TC/Rayos X/Ultrasonidos)

- Visita Clínica
 Informes de facturación
 Estudios Cardiacos / EKG
 Informe de imagen

Historial médico completo (Historial médico legal)

Otro: _____

Informe médico pertinente– (Predeterminado para solicitudes de pacientes: Resumen del alta, H&P, Informe quirúrgico, Informe de urgencias, Consulta)

- Entiendo que la siguiente información será divulgada a menos que indique lo contrario, marcando la casilla significa que NO autorizo la divulgación de la siguiente información: Pruebas genéticas VIH Salud mental Tratamiento por trastornos del consumo de sustancias

Formato de divulgación/acceso

Deseo copias de ítems marcados arriba en el siguiente formato: (Formato papel-Correo es predeterminado si no está marcado)

- Formato de papel - Correo de USA
 CD USB Fax (Solo los médicos) Otro _____

- Formato de papel– Recoger Revisión solamente Correo electrónico encriptado a: _____

Entiendo que

Sin mi revocación expresa, esta autorización expirará automáticamente a los 180 días de la fecha firmada a continuación, a menos que se especifique aquí un evento diferente: _____. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento presentando la solicitud de revocación al Departamento de Administración de Información Médica o por correo electrónico a HIM@BCH.org, excepto hasta el punto en que ya se hayan tomado medidas para cumplirla. La información divulgada en virtud de la autorización puede ser objeto de nueva divulgación por parte del destinatario y puede dejar de estar protegida por la legislación federal o estatal aplicable. Entiendo que si esta autorización es firmada para propósitos de alineación de Trastorno de Uso de Sustancias con HIPAA Tratamiento, Pago y usos y divulgaciones de operaciones de cuidado de salud, la información puede ser divulgada nuevamente de acuerdo con HIPAA, excepto para usos y divulgaciones para procedimientos civiles, criminales, administrativos y legislativos en contra del paciente. Entiendo que el BCH no puede negarme tratamiento si me niego a firmar esta autorización, a menos que esta autorización sea necesaria para participar en un estudio de investigación, para recibir Tratamiento para Trastornos por Uso de Sustancias o si el tratamiento proporcionado va a ser únicamente con el propósito de crear información de salud protegida para ser divulgada a la parte mencionada en esta autorización. El tratamiento, Pago, Inscripción o elegibilidad para recibir beneficios no pueden estar condicionados a que yo firme esta autorización. Entiendo que si se me pide que firme esta autorización, tengo derecho a recibir una copia de la autorización y se me ha otorgado la oportunidad de recibir una copia. Como así mismo se me ha informado de que esta autorización firmada también está disponible en el portal del paciente

Firma del paciente/Guardian/Representante personal

Relación

Fecha

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

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

