



Autorización del paciente para divulgar Información Médica Protegida #CHCR-005 rev. 12/12

Patient Label



AUTHPHI

Autorización del paciente para divulgar Información Médica Protegida

Form with fields: Nombre del paciente, Fecha de nacimiento, Últimos 4 dígitos del Núm. Seg. Soc., Dirección, Ciudad, Estado, C.P., Teléfono

Mediante el presente documento, autorizo al centro de Centura Health mencionado a continuación para que divulgue la Información Médica Protegida que se especifica en esta solicitud a favor de la organización, dependencia o paciente que se indica.

Divulgado por: Centro de Centura, Dirección, Ciudad, Estado, C.P. Divulgar a: Organización, Dependencia, Persona, At'n., Dirección, Ciudad, Estado, C.P.

Fecha(s) del Tratamiento: Objetivo: Atención médica adicional, Compensación laboral, Uso personal, Seguro, Legal, Marketing/Recaudación de fondos, Otro. Tipo de divulgación autorizada e instrucciones de envío: Entregas copias de los expedientes a la organización, dependencia o persona, Enviar por correo los expedientes directamente a la dirección siguiente, Llamar para venir a recoger expedientes, Enviar expedientes por fax.

Información Médica Protegida que se permite incluir: Resumen del alta, Radiología, Estudios especiales, Expediente médico completo, Historial y evaluación física/consulta, Expediente de salida, Registros de medicamentos, Reporte de cirugía, Notas de evolución, Expedientes de salud psiquiátrica, Análisis de laboratorio, Órdenes del médico, Otro (especifique).

*Las Notas de Psicoterapia son distintas y no se pueden incluir en la difusión de cualquier información de salud protegida. La autorización del paciente para difundir las notas de Psicoterapia son obligatorias.

Autorización: Declaro que hago esta petición de manera voluntaria y que la información que proporciono anteriormente es exacta a mi leal saber y entender. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito si envío una solicitud de revocación por escrito al departamento de Administración de Información Médica o de Expedientes Médicos designado.

Comprendo que la autorización para la divulgación de información médica se realiza de manera voluntaria. Comprendo que puedo rechazar firmar esta autorización y que hacerlo no afectará mi capacidad para obtener tratamiento o realizar pagos, ni afectará mi elegibilidad para obtener beneficios.

Comprendo que puedo consultar u obtener una copia de la información que se divulgará. Comprendo que pueden cobrarme una tarifa por las copias de mi expediente médico. Comprendo que el centro me entregará una copia del formulario de autorización firmado. Si tengo preguntas acerca de la divulgación de mi información médica, puedo ponerme en contacto con el Funcionario designado de Responsabilidad Corporativa y Confidencialidad.

Vencimiento: Si no entrego una revocación expresa, esta autorización vencerá de manera automática una vez que se haya cubierto la necesidad de la divulgación, pero en cualquier caso, vencerá 90 días después de la fecha de la presente autorización, a menos que se especifique una fecha distinta en esta línea:

Declaración: Comprendo que la información que se divulgará puede incluir información relacionada con enfermedades contagiosas o venéreas, afecciones psicológicas o psiquiátricas, consumo de drogas o alcohol y/o alcoholismo. También puede incluir, entre otras, enfermedades como la hepatitis, sífilis, gonorrea y Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), también conocido como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Sólo para propósitos de marketing/recaudación de fondos, si fuera el caso: Comprendo que Centura Health sí no recibirá remuneración, ya sea directa o indirecta, como resultado de la actividad de marketing que autorizo por medio de la presente.

FIRMA: Paciente (padre, madre o tutor legal) FECHA:

Se requiere la firma del meno para divulgar cualquier expediente de tratamiento que el meno haya autorizado conforme a la Ley del Estado de Colorado.

Parentesco (si no firma el paciente): Poder Notarial Acta de Defunción

Nombre de la persona que firma en representación del paciente:

Verificación: Licencia de manejo Núm. Otra ID válida:

OFFICE USE ONLY/SÓLO PARA USO DEL CONSULTORIO: Attach copies of required identification./Anexe copias de la identificación mostrada.

Number of pages released:/Número páginas divulgadas: Completion date:/Fecha en que se completó:

Delivery method: / Método de entrega:

Name of individual who received request: Date received:/Fecha de recibido:

Patient Medical Record Number / Account Number: / Núm de Exp. Médico / Cta. del Paciente: