

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> ROI to Send Records <input type="checkbox"/> ROI for Verbal communication only | |
| Account Number | Date MM/DD/YYYY |

Para uso exclusivo del personal

Divulgación de la Información Médica

Instrucciones: Este formulario es para el uso del paciente o representante legal para autorizar la divulgación de información a un tercero.

Escriba claramente en letra de imprenta; es necesario rellenar todas las secciones para que sea válido.

| 1. Información del paciente | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Nombre del paciente (nombre, segundo nombre, apellido) | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) |
| Nombre anterior o apellido de soltera (si aplica) (nombre, segundo nombre, apellido) | Número de teléfono de preferencia |
| Dirección del paciente (calle, ciudad, estado, código postal) | |

| 2. Propósito de la divulgación |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Marque la casilla apropiada o escriba si es otro propósito.</p> <p><input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Coordinación de Servicios Medicos <input type="checkbox"/> Pago <input type="checkbox"/> Legal/ <input type="checkbox"/> Indemnización laboral</p> <p><input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____</p> |

| 3. Divulgar información DESDE |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Marque una casilla y rellene si aplica</p> <p><input type="checkbox"/> Salud Family Health Medical Records Department 203 S Rollie Ave. Fort Lupton CO 80621 Fax: 303-227-6426</p> <p><input type="checkbox"/> Otro, especifique organización, departamento o persona (complete cada línea a continuación)</p> <p>Nombre _____</p> <p>Calle _____</p> <p>Ciudad _____ Estado _____</p> <p>Código Postal _____ Teléfono _____</p> <p>Fax _____</p> |

| 4. Divulgar/Enviar Información A |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Marque una casilla y rellene cada línea de la casilla marcada</p> <p><input type="checkbox"/> Salud Family Health Medical Records Department 203 S Rollie Ave. Fort Lupton CO 80621 Fax: 303-227-6426</p> <p><input type="checkbox"/> Otro, especifique organización, departamento o persona (complete cada línea a continuación)</p> <p>Nombre _____</p> <p>Calle _____</p> <p>Ciudad _____ Estado _____</p> <p>Código Postal _____ Teléfono _____</p> <p>Fax _____</p> |

| 5. Envío de información |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Método de preferencia para enviar los registros:</p> <p><input type="checkbox"/> Copia en papel de los registros; se enviarán por correo postal a la dirección solicitada anteriormente.</p> <p><input type="checkbox"/> Copia electrónica vía correo electrónico: _____ (Vea las especificaciones de confidencialidad más abajo)</p> <p><input type="checkbox"/> Fax (número escrito anteriormente en la sección 4)</p> |



Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

MM/DD/AAAA

6. Registros que serán divulgados

Período para ser divulgado: Últimos 2 años Año pasado Todas las fechas

Fechas **DE:** (mm/dd/aaaa) _____ **A:** (mm/dd/aaaa) _____

Documentos/Notas (marque todas las que apliquen)

- Notas Psicológicas/Salud Mental Notas del Proveedor de atención médica
 Último examen físico Último examen dental
 Notas Dentales Otros, especifique _____

Entiendo que la información que se divulgará puede incluir información sobre la atención de salud mental y resultados de pruebas de VIH.

Registros adicionales (marque todas las que apliquen)

- Vacunas Resultados de laboratorio Reporte(s) de Patología Imagen(es) de radiología, indique examen(es)/parte(s) del cuerpo
 Lista de medicamentos Resultados de VIH EKG(s)/Cardio/Echo
 Imágenes dentales Información de facturación Exámenes genéticos Reporte(s) de radiología

Registros de tratamiento de adicciones y drogadicción (marque todas las que apliquen)

- Asesoramiento/Evaluación Invitación a la participación de las familias
 Notas multidisciplinarias Plan de tratamiento Otros, especifique _____

Otros, especifique si aplica _____

7. Firma y fecha *El paciente o su representante legal deben firmar y escribir la fecha en esta autorización.*

- Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento proporcionando por escrito una notificación de revocación al Departamento de Registros Médicos si aún no ha sido divulgada.
- La información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede ya no estar protegida por la Ley Federal de Privacidad (42 CFR Parte 2) (HIPAA).
- Entiendo que Salud Family Health no condicionará el tratamiento a que yo firme o no esta autorización.
- Puedo solicitar una copia de la autorización firmada.
- Se me puede cobrar por las copias de acuerdo con la ley estatal.
- Tengo derecho a inspeccionar y recibir una copia del material que se divulgará.
- Como entidad de atención médica, estamos obligados por la normativa HIPAA a cifrar nuestra comunicación por correo electrónico para garantizar la confidencialidad. Si decide recibir nuestros correos electrónicos, se le pedirá que introduzca una contraseña antes de acceder a ellos. Le aconsejamos que elija esta opción de comunicación sólo si es consciente de los riesgos y los comprende.
- Entiendo que autorizar la divulgación de esta información médica es una acción voluntaria. No necesito firmar este formulario para asegurar tratamiento, pago o inscripción, o elegibilidad para beneficios de Salud. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y la información puede no estar protegida por las normas federales de privacidad y/o confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información médica, puedo ponerme en contacto con la persona u organización autorizada que realiza la divulgación. Entiendo que la información en mi registro médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), a través de la prestación general de atención médica en Salud. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito a Salud Family Health. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley proporciona a mi asegurador el derecho de impugnar una reclamación bajo mi póliza.
- Esta autorización vencerá al cabo de 1 año a partir de la fecha de la firma, a menos que se especifique otra fecha anterior: _____

FIRMA (obligatorio) ►

FECHA (obligatorio) (mm/dd/aaaa)

Nombre en letra de imprenta de la persona que firma (si no es el paciente)

NOTA: Un paciente (mayor de 18 años) debe autorizar la divulgación de su propia información a menos que el paciente esté incapacitado o haya fallecido. Si firmo por un paciente menor de edad, por la presente declaro que mis derechos parentales no han sido revocados por un tribunal de justicia. Situaciones específicas pueden requerir la autorización del menor.

Relación si no es el paciente (puede ser necesaria documentación legal del derecho de acceso por parte de la persona firmante)

- Padres Padrastros Tutor legal Padres de acogida Poder notarial para atención médica Otra _____