



23500 U.S. Highway 160 West
 Walsenburg, CO 81089
 Teléfono 719-738-5204 | 719-738-4586
 Fax 719-738-5760

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR U OBTENER INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Origen: Centro Médico Regional de Spanish Peaks			Destino:			<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Otra persona/parentesco: _____ <input type="checkbox"/> Otro centro		
Nombre del paciente _____			Otra persona u otro centro _____			Nombre _____		
Dirección Postal _____			Dirección Postal _____					
Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____	Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____			
Teléfono _____		Fax _____	Teléfono _____		Fax _____			
Fecha de nacimiento del paciente: _____			Paciente: Otra _____			<input type="checkbox"/> Recoger <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Recoger <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Recoger <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Correo		
Dirección de E-mail: _____			Centro: _____					
<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Actualizado								

INFORMACIÓN QUE SE VA A COPIAR Y DIVULGAR (MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN):

Fecha(s) del servicio: _____

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Informe de la sala de emergencias | <input type="checkbox"/> Notas de las enfermeras | <input type="checkbox"/> Información respiratoria |
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta médica | <input type="checkbox"/> Registros de medicamentos | <input type="checkbox"/> Servicios de rehabilitación |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico | <input type="checkbox"/> Órdenes del médico | <input type="checkbox"/> Información de facturas |
| <input type="checkbox"/> Informes de consultas clínicos/laboratorio | <input type="checkbox"/> Resultados de análisis | <input type="checkbox"/> Fotos de la atención del paciente |
| <input type="checkbox"/> Informes de operaciones | <input type="checkbox"/> Informe radiológico | <input type="checkbox"/> Historia clínica creada en otro centro |
| <input type="checkbox"/> Notas del médico sobre el progreso | <input type="checkbox"/> Imágenes radiológicas | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ |

AUTORIZO **o NO AUTORIZO** a que se divulgue información relativa a pruebas o tratamientos psicológicos o psiquiátricos, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de alcoholismo o drogadicción, o pruebas o resultados del VIH(SIDA), pruebas/resultados genéticos, prueba/resultados de la anemia drepanocítica. *****NOTA: Si no se llena esta sección, no se divulgará, en caso de existir, este tipo de documentos.*****

MOTIVO DE ESTA DIVULGACIÓN:

Continuidad de la atención médica
 Información para reclamo/daños
 Uso personal
 Legal
 Otro: _____

AUTORIZACIÓN: Por la presente, doy permiso al centro emisor para que divulgue mi información médica identificable individualmente del modo indicado anteriormente. Soy consciente de que una vez que se divulgue la información, esta podría quedar desprotegida. Soy consciente de que esta autorización es voluntaria, que el tratamiento futuro no puede estar condicionado a que yo firme esta autorización. Reconozco que los formularios incompletos no se pueden tramitar y que puede haber un costo por copiar estos documentos.

Soy consciente de que **este consentimiento vence en un año a partir de la fecha en que lo firme**, a menos que se especifique otro plazo: _____.

Soy consciente de que puedo retirar en cualquier momento el permiso para divulgar mis documentos médicos, excepto en la medida en que ya se hayan realizado acciones para cumplir con el mismo. Soy consciente de que, en caso de revocar esta autorización antes de la fecha/evento de vencimiento, deberé proporcionar un aviso por escrito firmado y fechado con posterioridad a la fecha de esta autorización. Una copia, fax o escaneo de este formulario se considera tan válido como el original. **Guarde una copia de los documentos para su uso personal.**

~~~~~LA TRAMITACIÓN DE LOS DOCUMENTOS SE REALIZA EN 10 DÍAS LABORALES.~~~~~

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente/representante**                      **Fecha/hora**                      **Firma del testigo**                      **Fecha/hora**  
**Nombre del miembro del personal del SPRHC que divulgará los documentos médicos:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**OFFICE USE ONLY: Proof of Identification:** \_\_\_\_\_

Number of pages released: \_\_\_\_\_ Completion date: \_\_\_\_\_ Delivery method: \_\_\_\_\_

Name of individual who received request: \_\_\_\_\_ Date received: \_\_\_\_\_

Patient Medical Record Number / Account Number \_\_\_\_\_

REV/JAN 2018