



23500 U.S. Highway 160
 Walsenburg, CO 81089
 Teléfono 719-738-5205
 Fax 719-738-5760

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR U OBTENER INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Origen: Centro Social de Veteranos de Spanish Peaks			Destino:		
			<input type="checkbox"/> Paciente/residente <input type="checkbox"/> Otra persona/parentesco: _____ <input type="checkbox"/> Otro centro		
Nombre del residente _____			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 residente: _____			Paciente/residente: <input type="checkbox"/> Recoger <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Correo Otra persona: <input type="checkbox"/> Recoger <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Correo Centro: <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Correo		
Dirección de E-mail: _____					
<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"/> Antecedentes y examen físico | <input type="checkbox"/> Plan de atención | |
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta médica | <input type="checkbox"/> Medicamentos | |
| <input type="checkbox"/> Registros | | |
| <input type="checkbox"/> Notas del médico sobre el progreso | <input type="checkbox"/> Órdenes del médico | <input type="checkbox"/> Informes de facturación |
| <input type="checkbox"/> Notas de las enfermeras clínicos/laboratorio | <input type="checkbox"/> Resultados de análisis | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Notas de servicios sociales | <input type="checkbox"/> Informes diagnósticos | |

AUTORIZO **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 SPVCLC que divulgará los documentos médicos: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

|                                                        |                        |                       |          |
|--------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------|----------|
| <b>OFFICE USE ONLY: Proof of Identification:</b> _____ |                        |                       |          |
| Number of pages released: _____                        | Completion date: _____ | Delivery method _____ |          |
| Name of individual who received request: _____         |                        | Date received: _____  |          |
| Patient Medical Record Number / Account Number: _____  |                        |                       | REV/2018 |