



23500 U.S. Highway 160 West

Walsenburg, CO 81089

Telephone: 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

- Spanish Peaks Regional Health Center
- Spanish Peaks Family Clinic/LaVeta
- Spanish Peaks Women's Clinic
- Spanish Peaks Specialty Clinic
- Spanish Peaks Ambulance
- Other _____

- Paciente
- Otra Persona
- Centro
- Recoger
- Recoger
- Recoger
- Fax
- Fax
- Fax
- Correo
- Correo
- Correo

Nombre del Paciente:		Fecha De Nacimiento del Pacient:	
Direccion Postal:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Telefono:	Fax:		
Correo Electronico:			
Destino:			

Nombre del destinatario:		Fecha De Nacimiento del Pacient:	
Direccion del destinatario:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Telefono:	Fax:		
Correo Electronico:			

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

Fecha(s) del servicio: _____

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

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 de divulgación para divulgar mi información de salud identificable individualmente como se indica anteriormente. Entiendo que una vez que se divulgue esta información, es posible que ya no esté protegida por las normas federales de privacidad y que se vuelva a **divulgar**. Entiendo que esta autorización es voluntaria, que el tratamiento adicional no puede estar condicionado a que yo firme esta autorización. Reconozco que los formularios incompletos no se pueden procesar y puede haber un costo para copiar estos registros.

Entiendo que **este consentimiento vence un año después de la fecha de mi firma**, a menos que se especifique lo contrario de la siguiente manera: _____
 Entiendo que puedo retirar el permiso para divulgar mis registros médicos en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas para cumplirlo.
 Entiendo que debo proporcionar un aviso por escrito si elijo **revocar** esta autorización antes de la fecha/evento de vencimiento, y la revocación por escrito debe estar firmada y fechada con una fecha posterior a la fecha de esta autorización. Una copia, fax o escaneo de este formulario se considerará tan válida como el original. **Conserve una copia de sus registros 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 staff working on this request: _____    | Date request received: _____                  |
| PT. MRN / Account # _____                       |                                               |