

Autorización del paciente para divulgar la información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés)

Nombre completo del paciente:	Fecha de nacimiento	Últimos 4 dígitos de su número de Seguro Social:
Dirección física:	Ciudad, Estado, Código postal	Número telefónico:
Correo electrónico:		

Por medio de la presente autorizo a las instalaciones enumeradas a continuación a divulgar/liberar la Información médica protegida especificada en esta solicitud a la organización, agencia o paciente indicado en este formulario.

Liberado por:	Liberado a:
Nombre de la instalación	Nombre de la instalación
Dirección	Dirección
Ciudad, Estado, Código postal	Ciudad, Estado, Código postal
Número telefónico de la Administración de información médica:	Número telefónico de la Administración de información médica:
Número de Fax :	Número de Fax :
Fecha(s) del tratamiento: _____ - _____	Tipo de divulgación autorizada e Instrucciones de entrega:
Propósito:	Proporcionar copia de los expedientes a la
Seguimiento médico Compensación laboral Cuidado y uso personal	organización/Agencia/Personas enumeradas a continuación.
Seguro Legal Publicidad/Recaudación de fondos	Enviar por correo los expedientes a la dirección antes indicada
Otro: _____	Llamar para recoger los expedientes: _____

Información médica pertinente protegida (PHI) autorizada para ser incluida:

Resumen del alta	Radiología	Estudios especiales	Antecedentes médicos & Examen(es) físico	Consulta	Expediente(s) de paciente ambulatorio
Radiografías de	Reporte(s) de	Osteoporosis	Nota(s) de progreso	Expediente(s) de Salud mental	Resultado(s) de laboratorio médico
Expediente médico	Otro (especificar): _____				

***Las notas de psicoterapia son distintas y pueden no ser incluidas en la divulgación de cualquier otra información médica protegida. Se debe completar una autorización del paciente para divulgar las notas de psicoterapia.**

Autorización: Certifico que esta solicitud se efectúa voluntariamente y que la información proporcionada es exacta según mi leal saber y entender. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, presentando mi solicitud escrita a la Administración de Información médica designada del Departamento de expedientes médicos. Si he autorizado la divulgación de mi información médica a alguien que no está legalmente obligado a mantenerla confidencial, esta información puede ser liberada y es posible que ya no esté protegida. Una copia o un fax de esta autorización será válida como la original.

Entiendo que la autorización de divulgación de la información médica es voluntaria. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi habilidad de recibir tratamiento, pago o mi elegibilidad de recibir beneficios. Entiendo que puedo examinar u obtener una copia de la información que será liberada. Entiendo que se puede cobrar una tarifa por las copias de mis expedientes médicos. Entiendo que la instalación me proporcionará una copia del formulario de autorización firmada. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información médica, puedo contactar al oficial de Responsabilidad Corporativa y privacidad designado.

Expiración: Sin mi revocación expresa, esta autorización automáticamente expirará al cumplir la necesidad de divulgación, pero en cualquier caso expirará 90 días desde la fecha de la presente, a menos que una fecha diferente se especifique aquí:

Reconocimiento: Entiendo que la información a ser divulgada puede incluir alguna o toda la información relacionada con enfermedades contagiosas o venéreas, condiciones psicológicas o psiquiátricas, abuso de drogas o alcohol y / o alcoholismo. También puede incluir, pero no limitarse a, enfermedades como hepatitis, sífilis, gonorrea y virus de inmunodeficiencia humana (VIH), conocido también como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Solamente para publicidad / Recaudación de fondos, si procede: Entiendo que St. Vincent General Hospital District (SVGHD): recibirá no recibirá remuneración, ya sea directa o indirectamente, como resultado de la publicidad que se autorice en la presente.

Firma del paciente /

Padre / Representante

Legal: _____ Fecha/Hora: _____ / _____

Si es el Representante legal, nombre en letra de molde: _____ Parentesco con el paciente: _____

Se requiere la firma del menor para la divulgación de cualquier expediente de tratamiento al cual el menor pueda autorizar bajo la ley de Colorado.

**Solamente para
uso de SVGHD**

Solicitud recibida por: _____

Fecha de recepción: _____

Número de expediente médico: _____

Verificación de identidad (número de licencia de conducir / otro número de identificación): _____

Fecha de solicitud: ____/____/____

Completado por: _____