

Información del paciente	Nombre legal del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ N°. Seg. Social _____		
	Dirección/Ciudad/Estado/Código postal _____		
	N° de teléfono _____ Unidad número _____		
Divulgación por parte de:	Por la presente autorizo a: <input type="checkbox"/> The Medical Center of Aurora <input type="checkbox"/> Rose Medical Center <input type="checkbox"/> Centennial Medical Plaza <input type="checkbox"/> North Suburban Med Center <input type="checkbox"/> Presbyterian/St. Luke's Med Center <input type="checkbox"/> Sky Ridge Medical Center <input type="checkbox"/> Spalding Rehabilitation Hospital <input type="checkbox"/> Swedish Medical Center <input type="checkbox"/> Otro		Divulgación a: _____ Nombre/Cargo/Organización _____ Dirección/Ciudad/Estado/CP Teléfono _____ Fax _____
	Propósito <input type="checkbox"/> Continuar atención <input type="checkbox"/> Seguro o Indemnización de trabajo <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Uso personal Otro _____ Para tratamiento en las fechas: _____		
Tipo de acceso necesario	<input type="checkbox"/> Copias del registro <input type="checkbox"/> Inspección del registro		Información pertinente: <input type="checkbox"/> Resumen del alta <input type="checkbox"/> Historia médica y examen físico <input type="checkbox"/> Informe de consultas/quirúrgico <input type="checkbox"/> Laboratorio/Radiología <input type="checkbox"/> Registro de la sala de urgencias
	Secciones específicas: <input type="checkbox"/> Visitas como paciente externo <input type="checkbox"/> Historia clínica de salud mental <input type="checkbox"/> Exámenes especiales <input type="checkbox"/> Historia clínica completa <input type="checkbox"/> Órdenes del médico <input type="checkbox"/> Registro de facturación <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Otro		
Autorización del paciente	RECONOCIMIENTO: Por medio de la presente solicito y autorizo a la institución que se indica arriba a que divulgue la información indicada a la organización o individuo mencionado en este formulario. Comprendo que la información a divulgar podría incluir información sobre las siguientes enfermedades: Anemia de células falciformes, análisis genéticos, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), adicción a las drogas, alcoholismo, abuso del alcohol, en su caso; síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA); <input type="checkbox"/> trastornos psicológicos o psiquiátricos, en su caso.		
	Comprendo que: 1. No tengo ninguna obligación de firma este formulario. 2. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento; sin embargo, de llegar a hacerlo, no tendría efecto alguno sobre las acciones que se hayan llevado a cabo antes de la revocación. Información más detallada se encuentra en la Notificación de las normas de privacidad. 3. Si quien solicita la información o quien la recibe no es un proveedor de plan de salud o de atención médica, existe la posibilidad de que la información divulgada ya no se encuentre protegida bajo las normas federales de privacidad y que a su vez pueda divulgarse a terceros. 4. Los cargos que se cobren se regirán por las normas relacionadas con la divulgación de información.		
Cargos:	Importante: HealthOne puede imponer un cargo por las copias de los registros médicos de acuerdo con la Ley del Estado de Colorado.		
Consentim. del médico si corresponde	CONSENTIMIENTO DEL MÉDICO PARA EL ACCESO DEL PACIENTE A LA INFORMACIÓN: _____ tiene permiso de (revisar) (recibir copias de) la historia clínica solicitada. He revisado la historia clínica y he determinado que (si) (no) contiene información relacionada con trastornos psicológicos o psiquiátricos que, si se divulgaran al paciente, podrían perjudicar su bienestar. _____ Médico a cargo o persona designada Fecha		
Instrucciones de entrega	<input type="checkbox"/> Llamar al solicitante para que recoja el historial cuando esté listo <input type="checkbox"/> Enviar la historia clínica por correo a la persona u organización indicada		Acuse de RECIBO _____ Firma _____ Fecha _____
	<input type="checkbox"/> Autorizo a _____ (nombre en imprenta) para que recoja mis datos de salud protegidos (PHI, por sus siglas en inglés) Relación con el solicitante _____		
Firma	La firma es necesaria para validar esta autorización. Si decido no firmar este formulario, no se verán afectados la atención médica que reciba, los pagos por dicha atención ni mi derecho a inscribirme para recibir beneficios médicos. Fecha Paciente o representante autorizado (Patient or Authorized Representative) Relación con el paciente Se le proporcionará una copia de esta autorización después de firmarla.		
VENCIMIENTO: Sin expresa revocación de mi parte, este consentimiento vencerá automáticamente apenas se cumpla el objetivo de la divulgación de la información, y de todas maneras vencerá a los 180 días de la fecha aquí mencionada, a menos que se indique como sigue: _____			
OTRAS CONSIDERACIONES: Toda copia o fax de esta Autorización con mi firma tendrá la misma validez que el original.			



Autorización para el uso y divulgación de los datos de salud protegidos

Authorization for Use and Disclosure of Protected Health Information (PHI)

HealthONE USE ONLY

Verification:

Date Authorization Received: _____ By: _____

Date Request Completed: _____ By: _____

Identification/Driver's License # Verified: _____

Power of Attorney Other _____