



Autorización para divulgar información de salud del paciente

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

Autorizo a Colorado Mountain Medical a (marque uno o ambos) divulgar y/o recibir mi PHI de los siguientes:

Médico/Hospital/Establecimiento:
Dirección/Ciudad/Estado/Código postal:
N.º de teléfono/Número de fax:

Enviar registros por: USPS Línea de fax no segura Recoger personalmente (Avon Vail Eagle Dillon)
 Solo autorización verbal Correo electrónico seguro: _____

Información confidencial: entiendo que mis registros médicos podrían contener información acerca de mi salud mental, terapia psiquiátrica o tratamientos para superar el consumo de drogas o alcohol así como cualquier resultado de análisis de VIH (SIDA).

Autorizo la divulgación; No autorizo la divulgación; No se aplica a mi caso.

INFORMACIÓN QUE PODRÁ DIVULGARSE:

Por fechas de servicio (Mes/Día/Año): ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____

- Resumen (consultar reverso del formulario) Anamnesis y exploración física Informe quirúrgico
- Registros de vacunación Informes de radiología/radiografías Registro de cuidados intensivos
- Informes de laboratorio Notas de centro ambulatorio o clínica (indicar médico o clínica): _____

Otros registros (especificar): _____ Información de facturación: Factura estándar o pormenorizada

LA INFORMACIÓN SE EMPLEARÁ PARA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES FINES: Continuación de la atención médica

- Presentación de un reclamo por daños y perjuicios o ante la compañía de seguros
- Motivos personales Motivos legales Por un caso de indemnización laboral o discapacidad Otro: _____

Autorización para usar la información de salud confidencial divulgada:

Esta autorización se vencerá en la siguiente fecha o si ocurre el siguiente evento o condición: _____. Si no se especifica fecha, evento o condición de vencimiento, **esta autorización vencerá 1 (un) año a partir de la fecha de la firma.** Entiendo que una vez que esta información se haya divulgado, las leyes sobre protección de privacidad dejarán de aplicar al receptor de la información y, por ende, no se podrá prohibir al receptor que vuelva divulgarla. Podré revocar esta autorización en cualquier momento, salvo por las actuaciones realizadas al amparo de dicha autorización. Entiendo que la autorización es voluntaria y que es posible que incurra en gastos por las copias que se preparen en respuesta a esta solicitud. La copia o un facsímil del presente formulario tendrá la misma validez que el original. **He leído la información que antecede y autorizo la divulgación de mis registros médicos o de facturación según lo que se menciona anteriormente.**

Firma del paciente o su representante

Fecha

Nombre en imprenta del paciente o de su representante

Parentesco con el paciente

Información adicional con respecto a la solicitud

Esta autorización es voluntaria y el hecho de que firme o no el presente documento no incidirá en el tratamiento prestado por CMM ni en el pago, la inscripción a servicios ni la posibilidad de recibir beneficios.

Solicitud de registros médicos en nombre de otra persona: si solicita los registros médicos de un tercero, es posible que tenga que brindar documentación adicional a fin de demostrar que tiene el derecho legal para hacerlo. Por ejemplo, cartas de representación, documentos que prueben que se posee tutela de un menor, declaración en la que se juramente ser heredero legítimo, entre otros.

Comuníquese con el departamento de “Medical Records” [Registros médicos] al 970-363-5434 para averiguar cuál es la documentación que se le exige para procesar la solicitud.

Solicitud de los registros al final de la consulta médica o durante su estancia como paciente en el hospital: Si solicita sus registros médicos durante su estadía en el hospital o al concluirla, debe saber que puede haber informes o documentos faltantes que no se hayan finalizado al momento que reciba los registros solicitados. Dichos registros se considerarán incompletos y preliminares.

Tiempo de procesamiento: Nuestro tiempo promedio de respuesta para procesar solicitudes es de 10 días hábiles más el tiempo de envío. A menos que se solicite lo contrario, los registros se enviarán por correo de los EE. UU. Los registros solicitados en caso de urgencia médica se enviarán por fax directamente al médico tratante o al centro médico. Incluya su número de teléfono en la solicitud en caso de que tengamos que ponernos en contacto con usted para obtener más información. Si tiene preguntas sobre las solicitudes de copias de registros médicos, comuníquese con CMM al 970-363-5434.

Requisitos para recoger los registros: Si recoge sus registros personalmente o si envía a un representante a recogerlos, es **obligatorio** presentar una **identificación con foto** (licencia de conducir, pasaporte, etc.) antes de que se pueda dar acceso a los registros.

Nombre del representante tal como figura en la licencia de conducir: _____

Resumen de registros médicos: resultados del laboratorio, anamnesis y exploración física, consultas, notas del centro ambulatorio o de la clínica, notas del médico de la sala de urgencias, informes quirúrgicos, cuando corresponda.

Registros médicos:

50 Buck Creek Rd.

Suite 200

Avon CO, 81620

Lunes a viernes de 7:30 a. m. a 3:30 p. m.

Tel.: 970-363-5434 Fax: 970-926-6348 Correo electrónico: HIM@cmmhealth.com

You are entitled to receive a copy of this Signed Authorization