

AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA POR EL PACIENTE A UN TERCERO

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Autorizo a **Colorado Mountain Medical** a divulgar mi información médica protegida* a _____

Relación con el paciente: _____ Teléfono: _____

A los efectos de:

Continuidad de la atención médica Información sobre daños/reclamaciones Personal Otro: _____

***Entiendo que mis registros médicos/información médica protegida pueden contener información sobre mi salud mental y/o tratamiento psiquiátrico, tratamiento de drogas y/o alcohol, así como cualquier resultado de la prueba de VIH (SIDA).**

Autorizar liberación **NO** autorice la liberación No aplicable

INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁN

Autorizo a la(s) persona(s) o instalación mencionada(s) anteriormente(s) a hablar verbalmente con Colorado Mountain Medical con respecto a mi información médica protegida (PHI), y tengo acceso a **TODA la información** en mi registro de PHI.

OR

Autorizo a la(s) persona(s) o instalación mencionada(s) anteriormente(s) a hablar verbalmente con Colorado Mountain Medical con respecto a mi información médica protegida (PHI), y tengo acceso a, **solo la siguiente información:** 1 año a partir de la fecha de firma Todo el pasado

Rango de fecha de servicio (mes/año): Desde: ____/____/____ Para: ____/____/____

- Informe de la sala de emergencias Tratamiento de salud mental Registros de Inmunización VIH/SIDA
 Resumen de descarga Tratamiento de drogas/alcohol Pruebas genéticas Historia y Físico
 Informe operativo Informes radiológicos Informes de laboratorio Facturación
 Notas de Clínica/Progreso Otros resultados de la prueba Otro: _____

Autorización para el uso de la Divulgación de Información Sanitaria Protegida

Según lo requerido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996, Colorado Mountain Medical, PC no puede usar o divulgar su información médica excepto según lo dispuesto en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, sin su autorización. Su firma en este formulario indica que está dando permiso para los usos y la divulgación de la información médica protegida que se describe en este documento. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento firmando y saliendo con un formulario de revocación separado y devolviendo el formulario a esta oficina.

Por la presente doy permiso a la instalación de liberación para divulgar mi información de salud identificable individualmente como se indica arriba; Entiendo que una vez que esta información es revelada, no puede ser protegida por Colorado Mountain Medical por mucho tiempo. Entiendo que esta autorización es voluntaria, que el tratamiento adicional no puede ser condicionado a la firma de esta autorización y que puede haber un costo para copiar registros. Por la presente reconozco que proporcionar una declaración de que esto cumple con la Ley Federal de Firmas Electrónicas en la Ley De Comer Global y Nacional (Ley E-SIGN) y la Ley Uniforme de Transacciones Electrónicas (UETA). Colorado Mountain Medical implementa un proceso de verificación en dos pasos para permitir firmas electrónicas en esta autorización legalmente forzada. Las firmas electrónicas deben estar fechadas, de lo contrario no se aceptará, el firmante podrá solicitar una copia impresa del documento en cualquier momento. No se aceptan firmas electrónicas para registros de salud mental o conductual.

AUTORIZACION: Entiendo que puedo recuperar 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 este consentimiento expirará 360 días a partir de la fecha de mi firma a menos que notifique por escrito que debe ser revocado. También entiendo que la revocación por escrito debe estar firmada y fechada con una fecha posterior a la fecha de esta autorización. Una copia del facsímil de este formulario debe considerarse válida como el original.

Representante Autorizado

Fecha de Firma

Firma del paciente o nombre impreso

Relación con el paciente (si corresponde)