

AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

<p>Liberar Registros Médicos DE: <input type="checkbox"/> CMM</p> <hr/> <p>Médico / Hospital / Centro</p> <hr/> <p>Dirección / Ciudad / Estado / Código Postal</p> <hr/> <p>Número De Teléfono / Número De Fax</p>	<p>Liberar Registros Médicos A: <input type="checkbox"/> Sí Mismo</p> <hr/> <p>Médico / Hospital / Agencia / Centro / Persona</p> <hr/> <p>Dirección / Ciudad / Estado / Código Postal</p> <hr/> <p>Número De Teléfono / Número De Fax / Correo Electrónico</p>
--	---

REGISTROS A SER DISTRIBUIDOS POR:

- Fax
 Correo (Copia En Papel Disco Cifrado)
 Correo Electrónico Cifrado
 Recoger (Avon Vail Eagle)

INFORMACIÓN A SER LIBERADA (marque todo lo que aplique):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Informe De Sala De Emergencia | <input type="checkbox"/> Tratamiento De Salud Mental | <input type="checkbox"/> Vacunas (<input type="checkbox"/> Estado de CO <input type="checkbox"/> CMM internal) |
| <input type="checkbox"/> Resumen De Alta | <input type="checkbox"/> Tratamiento Drogas/Alcohol | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA |
| <input type="checkbox"/> Informe Operativo | <input type="checkbox"/> Informe De Radiología | <input type="checkbox"/> Notas De Clinica/Progreso |
| <input type="checkbox"/> Historial & Físico | <input type="checkbox"/> Informe De Laboratorio | <input type="checkbox"/> Fracturaciones |
| <input type="checkbox"/> Información Genética | <input type="checkbox"/> Otros Resultados | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Rango De Fecha De Servicio (mes/año):

De: ____/____/____ Todo El Pasado Hasta: ____/____/____ 1 Año De La Fecha De La Firma

INFORMACIÓN A SER USADA PARA:

Continuidad De Cuidado Médico Información De Daños/Reclamación Personal Otro: _____

Autorización Para El Uso De Liberación De Información De Salud 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. Puede revocar esta autorización en cualquier momento firmando y saliendo del formulario de revocación 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, puede que no sea protegida por Colorado Mountain Medical. 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 firma electrónica que cumple con la Ley Federal de Firmas Electrónicas en La Ley Global y Nacional de Comercio (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 aplicada. Las firmas electrónicas deben estar fechadas, de lo contrario no serán aceptadas, el firmante puede solicitar copia impresa del documento en cualquier momento. Las firmas electrónicas no se aceptan para los registros de salud mental/conductual.

AUTORIZACION: Entiendo que puedo recuperar el permiso para divulgar mis registros médicos en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se haya tomado medidas para cumplir con ello. Entiendo que este consentimiento expirará 190 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 ser firmada y fechada con una fecha que sea posterior a la fecha en esta autorización. Una copia del facsímil de este formulario debe considerarse válida como el original.

 Firma Del Paciente Ó Representante Autorizado

 Fecha De La Firma

 Nombre Impreso

 Relación Al Paciente (Si Es Aplicable)