

Autorización para el Uso y Divulgación de Información de Salud Personal

•1905 Blake Avenue Suite 101, Glenwood Springs, CO 81601 •123 Emma Road Basalt, CO 81621 •195 West 14th Street Building C Rifle, CO 81650 • 230 Chapel Place Avon, CO 81620 •410 McGregor Drive Gypsum, CO 81637 • School Based Health Centers

Información del Paciente	Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Dirección: _____ (Ciudad, Estado, Código Postal) Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____	
Números de fax de Mountain Family Health Center •Glenwood Springs 970-945-2893 •Rifle 970-625-4150 •Basalt 970-927-0171 •Avon 970-569-3435 •Gypsum 970-945-1055		
Autorización para divulgar/ recibir información de salud protegida (PHI)	Autorizo a Mountain Family Health Centers, incluyendo todas las ubicaciones afiliadas, a: <input type="checkbox"/> DIVULGAR mi información de salud protegida <input type="checkbox"/> RECIBIR mi información de salud protegida	
Información del Destinatario	Nombre/Centro: _____ Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____	
Information to be released and dates of service	Solicito que la siguiente información de salud protegida (PHI) sea divulgada de mi expediente medico Fechas de servicio (Mes/Día/Año): _____ hasta _____ <input type="checkbox"/> Expedientes médicos completos <input type="checkbox"/> Notas de visitas al consultorio <input type="checkbox"/> Expedientes dentales <input type="checkbox"/> Información de facturación/financiera <input type="checkbox"/> Informes de radiología <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio/patología <input type="checkbox"/> Registro de inmunizaciones <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos <input type="checkbox"/> Expedientes de salud conductual <input type="checkbox"/> Otro/Condición: _____	
Propósito de la divulgación y método de entrega	Propósito de la divulgación <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Legal / Abogado <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Insatisfecho(a) <input type="checkbox"/> Atención transferida	Método de entrega preferido <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Recogida personal
Revocación	Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe hacerse por escrito y presentarse al Gerente de Registros de Información de Salud. Esto no aplica a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización.	
Información sensible y registros de salud conductual	AL FIRMAR ESTA AUTORIZACIÓN, ENTIENDO QUE MIS REGISTROS MÉDICOS PUEDEN CONTENER INFORMACIÓN SENSIBLE, INCLUYENDO, PERO NO LIMITÁNDOSE A: infecciones de transmisión sexual (ITS), estado de VIH/SIDA, servicios de salud conductual (como tratamiento de salud mental), y registros relacionados con el diagnóstico o tratamiento de trastornos por uso de alcohol, drogas o sustancias. _____ (Iniciales) • Entiendo que los registros de salud conductual están protegidos bajo 42 CFR Parte 2 , y que esta divulgación cumple con dichas regulaciones.	
Fecha de expiración	Esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición: _____. Si no se especifica, esta autorización vencerá 12 meses después de la fecha de la firma.	
Detalles de la autorización	<ul style="list-style-type: none"> Los registros se entregarán dentro de 7 a 10 días hábiles. Si necesita los registros con urgencia, por favor notifique a un miembro del personal. Si esta solicitud se envía por correo o fax, adjunte una copia de su identificación con foto. Las solicitudes de copias de registros médicos están sujetas a tarifas de reproducción de acuerdo con las regulaciones federales y/o estatales. Entiendo que si la(s) persona(s) o entidad(es) que recibe(n) esta información no es un proveedor de atención médica o un plan de salud cubierto por las regulaciones federales de privacidad, la información descrita anteriormente puede ser divulgada nuevamente y ya no estará protegida por dichas regulaciones. Por lo tanto, libero a Mountain Family Health Centers, a sus médicos y empleados, de toda responsabilidad que surja de esta divulgación de mi información personal de salud. 	
	_____ Firma del paciente / representante del paciente	_____ Fecha
	_____ Nombre en letra imprenta	_____ Relación con el paciente