



Autorización para Uso y Divulgación de Información Personal de Salud
AUTORIZACION PARA COMPARTIR INFORMACION

Nombre del Paciente: Fecha de Nacimiento: MRN

Dirección: Ciudad: Estado:

Código Postal: Telefono:

Solicito que mi información personal de salud sea compartida DE Mountain Family Health Centers a/de:

Recipiente/Nombre del Proveedor: FDN:

Dirección: Ciudad: Estado: Código Postal:

Telefono: Fax Email:

Solicito que mi información personal de salud sea compartida CON Mountain Family Health Centers de:

Nombre del Proveedor que comparte:

Dirección: Ciudad: Estado: Código Postal:

Telefono: Fax

Autorizo que la siguiente información sea compartida como parte de mi historial médico:

Historial médico(todas las páginas) Especifique las fechas de servicio: a

Historial Dental Historial de vacunación Reporte(s) de Radiología

Reportes de Laboratorio/Patología Información Financiera

Lista de Medicaciones Otros

Entiendo que la información en my historial médico puede incluir información realcionada con enfermedades de transmición sexual, servicios de salud mental, y tratamiento para el abuso del alcohol y drogas. Las leyes estatales y federales protegen esta información. Si esta información se aplica a usted, por favor indique si le gustaría que esta información sea compartida ú obtenida: EL PACIENTE DEBE CONFIRMAR O NEGAR AL PONER SUS INICIALTES AL LADO DE SI O NO.

Historial de Abuso de Alcohol, Drogas, ó substancias Si No

Resultados de exámenes del VIH Yes No

Historial de Salud Mental Yes No

Historial de Psicoterapia Yes No

Enfermedades de transmición sexual Yes No

Razon(es)para compartir información:

Uso Personal Legal Cambio de cuidado, por favor indique Mudanza Acceso a Cuidado Insatisfecho Otro

Forma de Divulgación (Por escrito, si no es especificado.): US Correo Fax Memoria Email Portal del Paciente

Al firmar esta autorización, yo entiendo que:

- Las copias pedidas de historial medico son sujeto a tarifas de reproducción de acuerdo con las regulaciones federales/estatales.
Tengo el derecho de anular esta autorización en cualquier momento. La anulación debe de hacerse por escrito y presentada al Gerente de Archivos Médicos al P.O. Box 339, Glenwood Springs, CO 81602. La anulación no se aplica a la información que ya se ha compartido como respuesta a esta autorización.
A menos que sea anulada, esta autorización expirará en la/las siguiente/s fechas/eventos/condiciones:
El tratamiento, pago, inscripción, ó elegibilidad no condiciona los beneficios que pueda recibir si firmo esta autorización.
Cualquier divulgación de información conlleva el potencial de que sea re-divulgada sin autorización y puede que no sea protegida por las leyes de confidencialidad federales.

Firma del Paciente ó Representante Legal

Fecha

Nombre

Relación al paciente si aplicable

El historial será compartido en 5 días hábiles. Si usted tiene una situación de emergencia, por favor notifique a algun miembro del equipo. Si el historial será enviado por correo o por fax, for favor adjunte una copia de su identificación con foto.

SI ALGUNA PARTE DE ESTA AUTORIZACION ES LLENADA INCORRECTAMENTE, LA SOLICITUD DE LA MISMA SERA NEGADA Y EL HISTORIAL NO SERA COMPARTIDO HASTA QUE LA PRESENTE SEA CORREGIDA LO CUAL PODRIA CAUSAR UNA DEMORA EN LA SOLICITUD DE LA PRESENTE.