

Información del paciente

Nombre completo _____ Fecha de Nacimiento _____
 Apellido de soltera u otros nombres usados _____ Número de Seguro social: XXX-XX- _____ (últimos 4 dígitos)
 Dirección _____
 # Teléfono durante el día _____ # Cel _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Divulgar Información de

Nombre del Hospital/Clínica: _____
 Dirección _____
 Teléfono # _____ # FAX _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Divulgar a

Nombre del Destinatario: _____
 Dirección _____
 # Teléfono _____ # FAX _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Propósito

- Continuación de Atención
- Aseguradora/WC (Compensación Laboral)
- Legal

- Personal Otra (Especifique): _____

Fecha(s) de Información para ser Divulgada

Fecha(s) de Servicio de: _____ a _____
 Fecha(s) de Servicio de _____ a _____

Información para ser Divulgada / Accedida

Me gustaría obtener copias de los elementos marcados a continuación para las fechas de tratamiento mencionadas anteriormente.

SOLO lo siguiente:

- Informe de Emergencias
- Informe operativo
- Visita Clínica
- Salud Conductual
- Historial médico pertinente: (predeterminado para las solicitudes del paciente: resumen de alta, H&P, informe operativo, informe de emergencias, consulta)
- Historial médico completo (historia clínica legal)
- Resumen de alta
- Consulta
- Registros de facturación
- Otro: _____
- Historial y Físico
- Laboratorio
- Estudios cardiacos/ECG
- CD de imágenes /Película (resonancia magnética / tomografía computarizada/rayos X / ultrasonido)
- Informe de imágenes

Formato de divulgación / acceso

Me gustaría copias de los elementos marcados anteriormente en el siguiente formato: (Formato de papel: el correo de EE. UU. es el predeterminado si no está marcado)

- Formato de papel - correo de EE. UU.
- Formato de papel-recoger
- CD
- USB
- Solo revisión
- Fax (Solo proveedores de atención médica)
- Enviar por correo electrónico encriptado _____

Yo entiendo que

- Sin mi revocación expresa, esta autorización vencerá automáticamente 180 días a partir de la fecha firmada a continuación, a menos que sea una fecha diferente especificada aquí: _____
- Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas para cumplir con ella.
 La información divulgada de conformidad con la autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario, y ya no está protegida por la regla de privacidad de HIPAA.

- Entiendo que BCH no puede rechazar el tratamiento si me niego a firmar esta autorización, a menos que esta autorización sea necesaria para participar en un estudio de investigación o si el tratamiento proporcionado debe ser únicamente con el propósito de crear información médica protegida para su divulgación a la parte enumerados en esta autorización. Entiendo que, a excepción de los registros de tratamiento por drogas y alcohol, la información divulgada bajo esta autorización puede ser divulgada por el destinatario y ya no está protegida por las leyes de privacidad.
- Es posible que el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no estén condicionados a si firmo esta autorización.

Firma del Paciente/Tutor/Representante personal

Relación

Fecha

Se requiere la firma del menor para la divulgación de cualquier registro de tratamiento que el menor pueda autorizar según la ley de Colorado.

Nombre, dirección y número de teléfono IMPRESOS del representante personal



ROI

HIPAA
Divulgación de información
médica
6/21
Página 2 de 2

Place Label Here