



# AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Registros de divulgación: **DE** Family Health West (FHW)

**PACIENTE:** I, (Nombre Apellido) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Por la presente autorizo a Family Health West a divulgar mi información de salud protegida que se describe a continuación, que puede incluir información sobre el tratamiento por consumo de drogas o alcohol, tratamiento psiquiátrico, estado de VIH/SIDA/ARC o pruebas genéticas.

**A:** Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Fax \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Liberación por método de  correo electrónico  fax  correo  recoger Tipo de medio  CD  USB  Papel  
 Fecha de vencimiento \_\_\_\_\_ Si es correo electrónico, elija:  cifrado o  sin cifrar

Fecha(s) de la prueba/visita \_\_\_\_\_

¿Por qué se solicita el registro? \_\_\_\_\_

Por favor publique lo siguiente (seleccione todas las que correspondan):

<input type="checkbox"/> Resumen de alta	<input type="checkbox"/> Sala de emergencias/atención de urgencia	<input type="checkbox"/> Reporte de laboratorio
<input type="checkbox"/> Informe Operativo	<input type="checkbox"/> Informe de prueba de esfuerzo/ECG	<input type="checkbox"/> Informe de radiología
<input type="checkbox"/> Informe del estudio del sueño	<input type="checkbox"/> Nota de terapia (especifique a continuación)	<input type="checkbox"/> Imagen de Radiología (especificar abajo)
<input type="checkbox"/> Nota clínica (especifique a continuación)	* Específicamente: <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> OT	* Específicamente por: <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> CD
* Nombre de la clínica _____	<input type="checkbox"/> Cartilla de vacunación	<input type="checkbox"/> Registro completo

Si mis iniciales aparecen a continuación, solicito que **NO** envíen los siguientes registros:

- \_\_\_\_\_ **No** autorizo la divulgación de ningún registro relacionado con el tratamiento de drogas o alcohol.
- \_\_\_\_\_ **No** autorizo la divulgación de ningún registro relacionado con el tratamiento psiquiátrico/salud conductual/servicios de asesoramiento.
- \_\_\_\_\_ **No** autorizo la divulgación de ningún registro relacionado con pruebas genéticas.
- \_\_\_\_\_ **No** autorizo la divulgación de ningún registro relacionado con mi diagnóstico o tratamiento de VIH, SIDA, ARC o que contenga alguna otra referencia a mi identidad como paciente de VIH, SIDA o ARC.

Esta autorización caducará una vez que se cumpla el propósito antes indicado.

Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización podría estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y, de ser así, puede no estar sujeta a las leyes federales o estatales que protegen su confidencialidad.

Entiendo que puedo inspeccionar o recibir una copia de la información protegida descrita en esta autorización.

Entiendo que esta autorización puede revocarse en cualquier momento notificando a FHW por escrito a: Family Health West ATTN HIMS en 300 West Ottley Avenue, Fruita, CO 81521, y que FHW debe dejar de usar esta autorización, excepto que FHW pueda completar cualquier acción. inició basándose en esta autorización y antes de mi revocación.

Entiendo que FHW no condicionará el tratamiento, el pago o la inscripción en el plan de salud o la elegibilidad para beneficios a que yo proporcione autorización para el uso o divulgación solicitados y que puedo negarme a firmar esta autorización.

Entiendo que, al autorizar esta divulgación de mis registros médicos, también libero a FHW de toda responsabilidad legal que pueda surgir de la divulgación de mi información médica protegida.

\_\_\_\_\_  
 Firma del individuo o representante personal Fecha

\_\_\_\_\_  
 Autoridad del representante (padre del menor, tutor designado por el tribunal, poder médico)

\_\_\_\_\_  
 Identificación del paciente verificada por (personal de FHW) Registros publicados por (personal de FHW)

**\*\*Estime 10 días hábiles para procesar esta solicitud.** Si es necesario antes, especifique una fecha de vencimiento arriba.