

Estes Park Health solicita su autorización para usar o divulgar su información de salud. A continuación, se presenta información sobre la información de salud en cuestión, a quién se divulgará, cómo usaremos o divulgaremos su información de salud si usted firma este formulario y sus derechos en relación con esta autorización.

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ **ÚLTIMAS 4 CIFRAS DEL N.º DE SEGURO SOCIAL:** \_\_\_\_\_  
**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_ **CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL:** \_\_\_\_\_ **NÚMERO DE TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

Soy el \_\_\_ Paciente \_\_\_ Tutor \_\_\_ Curador \_\_\_ Designado \_\_\_ Responsable sustituto para tomar decisiones con autoridad para usar o divulgar información de salud protegida (protected health information, PHI). \_\_\_ Representante designado del paciente, y **autorizo a Estes Park Health a divulgar mi información de salud a las siguientes entidades:**

Nombre de la organización o persona a la que se divulgan los registros: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Esta autorización es válida por un período de un año y puedo revocarla en cualquier momento antes de finalizado ese plazo. Entiendo que la solicitud de revocación debe hacerse por escrito y entrará en vigencia cuando la reciba el Departamento de Registros Médicos de EPH. **Excepciones al derecho de revocación:** Entiendo que mi revocación por escrito no afectará la habilidad de EPH de continuar usando o divulgando mi información de salud en la medida que ya haya actuado de acuerdo con la presente autorización. Por ejemplo, EPH no puede rescindir divulgaciones ya hechas y puede usar mi información de salud según sea necesario para facturar y cobrar los servicios prestados. Entiendo que autorizar la divulgación de mi información de salud es voluntario. EPH no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad a la firma de esta autorización, a menos que: usted reciba tratamiento relacionado con una investigación o que la única razón por la que EPH le proporciona atención médica sea para presentar un reporte a un tercero, como su empleador.

**Fechas del servicio que se divulgará:** \_\_\_\_\_

**Registros de la transferencia permanente: Sí / No**

**Propósito:**

\_\_\_ Atención médica adicional

\_\_\_ Uso personal

\_\_\_ Seguro laboral

\_\_\_ Seguro

\_\_\_ Legal

\_\_\_ Mercadotecnia/Recaudación de fondos

Otro (especifique) \_\_\_\_\_

**Marque la información que se divulgará:**

\_\_\_ Antecedentes y examen físico

\_\_\_ Registros de vacunación

\_\_\_ Lista de problemas/Plan de tratamiento

\_\_\_ Notas clínicas

\_\_\_ Consulta

\_\_\_ Lista de medicamentos

\_\_\_ Resultados de laboratorio

\_\_\_ Reportes de radiografías

\_\_\_ Resultados de patología

Otro (especifique) \_\_\_\_\_

Estes Park Health tiene la política de exigir una autorización específica vigente para divulgar los tipos de información que se mencionan a continuación. Como resultado, si dicha información se incluye en los registros de este paciente, no se le ha divulgado esa información a menos que se autorice a continuación. El título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), parte 2 protege los registros de tratamiento por consumo de alcohol/drogas, y el paciente o su representante deben autorizar estos específicamente.

**Marque la información que se divulgará:**

**AUTORIZACIÓN ESPECÍFICA:** Información de salud mental \_\_\_ Información sobre consumo de drogas/alcohol \_\_\_ Pruebas de SIDA/VIH \_\_\_

Entiendo que al divulgar esta información, EPH ya no garantizará la confidencialidad de la información incluida en mis registros médicos. Eximo a EPH, a mi médico tratante y a todo el personal del hospital de cualquier responsabilidad con respecto a la divulgación de esta información. Entiendo que este formulario original formará parte permanente de mi registro médico de EPH y que es posible que se envíe por correo postal o por fax una copia de este formulario a la entidad mencionada anteriormente para la divulgación de mis registros médicos a EPH.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que toma la decisión legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**El estado de Colorado permite 10 días hábiles para el procesamiento de solicitudes de divulgación.**

Solo para uso de la oficina:

Copias de la información se entregarán por el siguiente medio: \_\_\_ personalmente \_\_\_ correo postal \_\_\_ fax \_\_\_\_\_  
(inicial) (fecha)

Si firmó el representante legal, indique la documentación:  Certificado de defunción  Poder notarial  Testamento en vida