

UTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

555 Prospect Ave., Estes Park, CO 80517

N.º de teléfono 970-586-2317 Ext. 2030 N.º de fax 970-586-8237

Correo electrónico: medicalrecords@eph.org

Estes Park Health solicita su autorización para usar o divulgar su información de salud. La siguiente es información sobre la información de salud en cuestión, a quién se divulgará, cómo usaremos o divulgaremos su información de salud si firma este formulario y sus derechos con respecto a esta Autorización.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Últimos 4 de SS#: _____
 Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____ Teléfono: _____

Yo soy el _____ Paciente _____ Guardián _____ Conservador _____ Designado _____ Tomador de decisiones sustituto con autoridad para usar la divulgación de PHI _____ y el Representante Designado del Paciente, y **por la presente autorizo a Estes Park Health a divulgar a:**

Nombre de la organización/persona que recibe los registros: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 Ciudad/Estado/Código Postal: _____ Fax: _____

Esta autorización es válida por un período de un año y puede ser revocada por mí en cualquier momento antes de esa fecha. Yo entiendo que la solicitud de revocación de U1e debe ser por escrito y es efectiva cuando es recibida por el Departamento de Registros Médicos de EPH. **Excepciones al derecho de revocación:** Entiendo que mi revocación por escrito no afectará la capacidad de EPH para continuar usando o divulgando mi información de salud para la medida en que ya ha actuado en base a esta Autorización. Por ejemplo, EPH no puede rescindir las divulgaciones que ya ha hecho, y puede usar mi información de salud según sea necesario para facturar y cobrar por 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: Esté recibiendo tratamiento relacionado con la investigación; o la única razón por la que EPH le brinda atención médica es para hacer un informe a un tercero, como su empleador.

Fecha(s) de lanzamiento del servicio: _____

Propósito:	Método de entrega:
_____ Atención médica adicional	_____ Recogida personal
_____ Seguro	_____ Correo electrónico(cifrado)

Otro, Por favor especifique: _____

Por favor, marque la información que se va a publicar:

_____ Historia y Física	_____ Registros de inmunización	_____ Lista de problemas/Plan de tratamiento
_____ Laboratorio de Notas Clínicas	_____ Consulta	_____ Lista de medicamentos/Activo
_____ Resultados	_____ Informes de rayos X	_____ Resultados de patología

Otro, Por favor especifique: _____

Es política de Estes Park Health requerir una autorización específica actual para divulgar los tipos de información que se enumeran a continuación. Como resultado, si dicha información está contenida en los registros de este paciente, esa información no se le ha revelado en este momento a menos que se autorice a continuación. Los registros de tratamiento de alcohol / drogas están protegidos por la regulación federal 42 CFR, parte 2 y deben estar específicamente autorizados por el paciente o su representante. Por favor, marque la información que se va a publicar:

SPECIFIC AUTHORIZATION: _____ Información de salud mental _____ Información sobre drogas/alcohol _____ Pruebas de SIDA/VIH

Entiendo que, al divulgar esta información, la EPA ya no garantizará la confidencialidad de la información contenida en mi registro médico. Libero a EPH, al médico tratante y a todo el personal del hospital de cualquier y toda responsabilidad relacionada con la divulgación de esta información. Entiendo que este formulario original se convertirá en una parte permanente de mi registro médico de EPH y que una copia de este formulario puede enviarse por correo o fax a la entidad nombrada anteriormente para la divulgación de información médica. registros a EPH.

_____ Firma del paciente _____ Fecha _____ Toma de decisiones legales| Firma _____ Fecha _____

El estado de Colorado permite 10 días hábiles para el procesamiento de la solicitud de liberación

Solo para uso de Office:
 Copias de la información se entregaran por el siguiente medio: _____ personalmente: _____ correo postal _____ Fax _____
 (Iniciales) (Fecha)

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

Nota: EPH aplica un cargo mínimo de \$16.50 por las primeras 10 páginas fotocopias más \$0.75 por las páginas 11 a 40 y \$0.50 por cada copia adicional en adelante. No habrá cargo por la información enviada de EPH a una compañía de seguros con fines de facturación. No habrá cargo por la información enviada a un consultorio medico a menos que supere las 75 páginas.

Name of Form: Authorization of Disclosure of PHI Spanish, 45 C.F.R. § 164.510 Department: HIM Revised Date: April 11, 2023 1