AUTORIZACIÓN 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. l entiende 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:
_____Atención médica adicional _____Legal
_____Seguro

Método de entrega:
_____Recogida personal
_____Correo electrónico(cifrado))

Otro, Por favor especifique: _____

Por favor, marque la información que se va a publicar:
_____Historia y Física ____Registros de inmunizació _____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 legales1 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 fotocopiadas 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.