## Por favor envíe el formulario completo de una de las siguientes maneras: Correo Electrónico a <u>myportal@vvh.org</u>, fax al <u>970-384-8179</u> o por correo postal a: <u>Valley View Hospital A la atención de: Medical Records 1906 Blake Ave. Glenwood Springs, CO 81601</u>

1. Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:		
Dirección:		Estado:	Código postal:
Correo Electrónico:		Número de teléfono:	
2. La información puede ser divulgada por:  Valley View Hospital ( ACU, CCU, ER, Urgent Care, Lab & Radiology Calaway-Young Cancer Center Eagle Valley Family Practice Foot & Ankle Center Gastroenterology Center Heart & Vascular Center Otro:	Roc Silt Val	ky Mountain Urology Family Practice ley Ortho men's Health at VVH und Care Center	<ul> <li>□ Roaring Fork Surgical</li> <li>□ Spine Center</li> <li>□ Mount Sopris Plastic Surgery/</li> <li>Breast Center at VVH</li> </ul>
3. La información puede divulgarse a:  Unomismo (solo para paciente)  Otro: nombre de la persona o instalación  Dirección:	 Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección:	o Electrónico	·	
4. Solicito que mis registros sean divulgados mediante de el siguien  Fecha(s) de servicio: Desde Hasta		Correo Electrónico	Fax Correo
5. Indique qué tipo(s) de información puede divulgarse.  Registros de Anestesia Expediente de facturación Informes de consulta Reportes de Examenes Diagnosticos Resumen del alta Otro:	o/ patología/	☐ Informo ☐ Informo ☐ Informo muestras ☐ Imágen	de Proveedores Clinicos es operativos es de Rayos X (MRI, CT, X-Ray, US) nes de Radiología os de Rehabilitación (PT, OT, ST)
☐ Investigación o acción legal ☐ ☐	Otro:	☐ Elegibilidad/Beneficio	· ·
<ul> <li>7. Entiendo que su institución puede recibir compensación por la copia de expedients of Entiendo que tengo derecho a inspeccionar y obtener una copia de mi información of mantienen.</li> </ul>			os designados que usted o sus socios
9. Entiendo que, sin embargo, que no tengo derecho a inspeccionar ni a obtener una co de su uso para cualquier acción o procedimiento civil, penal o administrativo, ni ning los Laboratorio Clínico o "Clinical Laboratory Improvement Amendments" (CLIA)	guna informaci	ón que no esté sujeta a divulga	ación según las Enmiendas para mejorar
10. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar necibir beneficios. Puedo inspeccionar o copiar cualquier información utilizada o div	vulgada bajo es	ta autorización como se descri	be en el numero 8 anterior.
<ol> <li>Entiendo que la información divulgada a tener con esta autorización puede estar suje términos de esta autorización.</li> </ol>	eta a una nueva	divulgación por parte del reci	piente y ya no estará protegida por los
12. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. En revocación por escrita al Departamento de manejo de Información de Salud o "Healt la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Esta autorización.	th Infomation I	Management Department" Enti	endo que la revocación no se aplicará a
Firma del paciente/representante Fecha/Hora		Firma de testigo	Fecha/Hora
(Si firma otra persona aparte del paciente, identifique a continuación el parente	esco y la auto	oridad para firmar).	
Autoridad legal:			
Released by (VVH Employee):			Date/Time:

**AUTHORIZATION TO RELEASE PATIENT INFORMATION - Spanish** 



