



## CÓMO COMPLETAR UNA AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DEL PACIENTE

La lista a continuación es una descripción de cada elemento de la autorización. Por favor, lea detenidamente y complete la autorización como corresponda.

**Por favor, llene el área gris en la parte superior de la página que incluye: Nombre del paciente, Fecha de nacimiento, Número de Seguro Social, Dirección, Número de teléfono y Número de fax.**

### **LA INFORMACIÓN PUEDE SER DIVULGADA POR:**

*Por favor, indique quién usted desea que divulgue la información: Valley View Hospital u otro Nombre/Institución indicados.*

### **LA INFORMACIÓN PUEDE DIVULGARSE A:**

*Por favor, indique a quién usted desea que se divulgue la información, así como la dirección completa y el número de teléfono.*

### **INFORMACIÓN QUE PUEDE DIVULGARSE:**

*Por favor, indique el período de servicios de atención médica y marque la información específica que usted desea que se divulgue. En 3.1(A), escriba sus iniciales y marque si autoriza la divulgación de información delicada de los expedientes de salud identificados. Nota: Si no se completa esta sección, no se divulgarán los expedientes de este tipo, si los hay.*

### **CON EL PROPÓSITO DE:**

*Por favor, marque la casilla correspondiente para indicar por qué se necesita la información o marque "otro" y escriba la razón en el espacio provisto.*

### **EXPIRACIÓN Y REVOCACIÓN:**

*Por favor, indique el período de tiempo o evento durante el cual usted desea que sea válida esta autorización. Por favor, fíjese en que después de ese período de tiempo o evento específico esta autorización ya no tendrá validez y no se enviará información adicional.*

**Por favor, firme y feche la autorización. Si usted no es el paciente, indique su autoridad para firmar en la línea "Parentesco con el paciente"; ej., padre, poder notarial duradero, etc.**

**Servicio de copia:** Por favor, entienda que puede tardar hasta 30 días recibir la copia de su expediente médico. Las copias de los expedientes médicos se le suministrarán por un costo razonable de acuerdo con las leyes estatales. Si tiene alguna pregunta sobre este servicio o el formulario de autorización, siéntase en libertad de comunicarse al Departamento de manejo de información de salud o *Health Information Management Department* al número de teléfono (970) 384-6800. Gracias.

## **AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DEL PACIENTE**



\* R O I . A U T H S P \*

