

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Número de teléfono:

Dirección:

Copia (recibir copia de documentos seleccionados) **Inspección** (leer y revisar los documentos en el Hospital)

1. La información puede ser divulgada por:

<input type="checkbox"/> Valley View Hospital 1906 Blake Ave., Glenwood Springs, CO, 81601 FAX: 970-384-8179	<input type="checkbox"/> Glenwood Orthopedic Center @ VVH	<input type="checkbox"/> The Neurology Center @ VVH
<input type="checkbox"/> Foot & Ankle Center @ VVH	<input type="checkbox"/> Calaway-Young Cancer Center @ VVH	<input type="checkbox"/> Women's Health @ VVH
<input type="checkbox"/> Heart & Vascular Center @ VVH	<input type="checkbox"/> Rocky Mountain Urology @ VVH	<input type="checkbox"/> Internal Medicine @ VVH
<input type="checkbox"/> The Spine Center @ VVH	<input type="checkbox"/> Roaring Fork Family Practice @ VVH	<input type="checkbox"/> Eagle Valley Family Practice @ VVH
<input type="checkbox"/> The Lung Center @ VVH		

Nombre/ Instalación:

2. La información puede divulgarse a:

Nombre:	Fax:
Teléfono:	
Dirección:	

3. Información que puede divulgarse.
 Fecha(s) de servicio y/o condición(es) tratadas: _____

4. Indique qué tipo(s) de información puede divulgarse.

<input type="checkbox"/> Resumen del alta	<input type="checkbox"/> Informes operativos	<input type="checkbox"/> Órdenes médicas	<input type="checkbox"/> Informes de rayos X
<input type="checkbox"/> Servicios de rehabilitación	<input type="checkbox"/> Sala de urgencias	<input type="checkbox"/> Resultados del laboratorio/ patología/ muestras	<input type="checkbox"/> Informes de consulta
<input type="checkbox"/> Historial y Físico	<input type="checkbox"/> Notas de enfermeros	<input type="checkbox"/> Notas de progreso del médico	<input type="checkbox"/> Notas de Proveedores Clínicos
<input type="checkbox"/> Registro de medicamentos	<input type="checkbox"/> Expediente de facturación	<input type="checkbox"/> Reportes de Exámenes Diagnosticos	
<input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____			

5. _____ (iniciales) AUTORIZO [] NO AUTORIZO [] la divulgación
 de información relacionada con pruebas o tratamientos psiquiátricos o psicológicos, diagnóstico de abuso de alcohol o drogas, pronosis y tratamiento o pruebas/resultados de VIH/HIV(SIDA/AIDS), pruebas/resultados genéticos, pruebas/resultados de anemia de células falsiformes (sickle cell anemia)
***** NOTA: Si no se completa esta sección, no se divulgarán los expedientes de este tipo, si los hay, para este paciente. *****

6. Propósito de la divulgación:

<input type="checkbox"/> Atención médica adicional	<input type="checkbox"/> Elegibilidad/Beneficios de seguro
<input type="checkbox"/> Personal	<input type="checkbox"/> Investigación o acción legal
<input type="checkbox"/> Facturación	<input type="checkbox"/> Otro: _____

- Entiendo que la información en mi expediente de salud puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA/AIDS) o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH/HIV). También puede incluir información sobre servicios de salud mental o conductual y tratamiento para el abuso del alcohol. Esta información se le suministra a usted a partir de expedientes cuya confidencialidad puede estar protegida por leyes estatales y/o federales.
- Entiendo que su institución puede recibir una compensación por copiar los expedientes médicos de acuerdo con las leyes estatales.
- Entiendo que tengo derecho a inspeccionar y obtener una copia de la información protegida sobre mi salud incluida en los expedientes que usted o sus socios mantienen. Entiendo que, sin embargo, no tengo derecho a inspeccionar ni a obtener copia de cualquier información o notas de psicoterapia ni de información alguna compilada para ser usada en una acción o procedimiento civil, criminal o administrativo, cualquier información no sujeta a divulgación según las Enmiendas para mejorar los laboratorios clínicos o "Clinical Laboratory Improvements Amendments" (CLIA) de 1988 {42 U.S.C. sección 263 (a)}, y ciertos otros expedientes.
- Entiendo que puedo rehusarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad de obtener tratamiento o pago, ni mi elegibilidad para los beneficios. Puedo inspeccionar o copiar cualquier información usada o divulgada bajo esta autorización como se describe en el número 7 anterior.
- Entiendo que la información divulgada a tenor con esta autorización puede ser divulgada de nuevo por el recipiente y ya no estará protegida por los términos de esta autorización.
- Entiendo que puedo revocar por escrito esta autorización en cualquier momento. Entiéndase que si revoco esta autorización, tengo que hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita al Departamento de manejo de información de salud o "Health Information Management Department". Entiendo que la revocación no aplicará a información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización. Esta autorización expira dentro de 365 días o la duración de (evento).

Firma del paciente/representante

Fecha/Hora

Firma de testigo

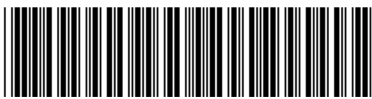
Fecha/Hora

(Si firma otra persona aparte del paciente, identifique a continuación el parentesco y la autoridad para firmar).

Autoridad legal: _____

Released By (VVH Employee): _____ **Date:** _____ **Time:** _____

AUTHORIZATION TO RELEASE PATIENT INFORMATION



* R O I - A U T H P H I *



VALLEY VIEW

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, 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.

AUTHORIZATION TO RELEASE PATIENT INFORMATION



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



VALLEY VIEW