

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL

Nombre del paciente: _____ Registro médico #: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Núm. de teléfono (trabajo): _____ (casa): _____ (fax): _____

Fecha de nacimiento: _____

Información médica solicitada por:

St. Anthony Hospital

11600 West 2nd Place

Lakewood, CO 80228

Phone (720) 321-3340 Fax (720) 321-3341

Información médica brindada a:

(Nombre, dirección, teléfono, fax)

Información solicitada:

Resumen del alta Historia clínica y examen físico Consultas Informes de la sala de emergencias
 Informes patológicos Informes radiológicos Informes operativos Informes de laboratorio
 Evaluaciones psicológicas/psiquiátricas Registro completo Películas radiológicas
 Otros: _____

Fecha(s) de tratamiento: _____

Propósito de la divulgación/razón por la que se solicitó la información: _____

Comprendo que los datos que se divulgarán pueden incluir parte o toda la información sobre enfermedades contagiosas o venéreas, trastornos psicológicos o psiquiátricos, adicción a las drogas o el alcohol o alcoholismo. También pueden incluir, aunque no exclusivamente, enfermedades como hepatitis, sífilis, gonorrea y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), también conocido como síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA). (Protegido por leyes estatales)

AUTORIZACIÓN: Certifico que esta solicitud se hace de manera voluntaria y que la información que se brindó previamente es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que puedo revocar por escrito esta autorización en cualquier momento enviando una carta al Oficial de Privacidad del hospital o la persona que él o ella designe. Comprendo que mi revocación no se hará efectiva si ya se han realizado acciones en función de ésta. **Esta autorización caducará 180 días (6 meses) después de su firma.**

He autorizado la divulgación de información sobre mi salud a alguien que no está legalmente obligado a mantenerla confidencial, puede volverla a difundir y es posible que no continúe protegida por las leyes de confidencialidad. Una copia o fax de esta autorización tendrá la misma validez que el original.

Comprendo que la autorización para divulgar la información sobre salud es voluntaria. Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa no afectará mi capacidad de obtener tratamiento, cobrar o mi derecho a obtener beneficios.

Comprendo que puedo revisar u obtener una copia de la información que se difundirá. Comprendo que se me cobrará por las copias de mi registro médico. Comprendo que la institución me brindará una copia del formulario de autorización firmado si lo solicito. Si tengo preguntas acerca de la divulgación de información sobre mi salud, puedo contactar al Oficial de Privacidad del hospital o la persona que él o ella designe.

Firma: _____ Fecha: _____

Paciente, padre o tutor si el paciente es menor de edad

Si el paciente no puede firmar, por favor aclarar la causa: _____

La firma del menor de edad se requiere para la divulgación de cualquier registro de tratamiento que el menor pueda autorizar según la ley de Colorado.

Parentesco (si no es el paciente): _____

() Licencia de conducir #: _____ () Pasaporte: _____

() Cédula de identidad estatal #: _____ () Otra identificación #: _____

St. Anthony Hospital
Centura Health.

#0011CS Revised 09/03
Authorization to Disclose Protected Health Information
(English/Spanish)

PATIENT LABEL