

AUTORIZACIÓN PARA USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA
Solicitud de historial médico - de Pagosa Springs Medical Center

Yo (nombre y apellido) _____ Fecha de nacimiento _____
Dirección _____ Teléfono _____

por este medio autorizo a Pagosa Springs Medical Center (PSMC) a entregar mi información médica protegida descrita a continuación, la cual puede incluir información sobre tratamiento por uso de drogas o alcohol, tratamiento psiquiátrico, estatus de VIH/SIDA/CRS o resultados de pruebas genéticas, a:

Se requiere un formulario individual para cada uso o divulgación requerida

Autorizo a la siguiente persona(s), incluyéndome a mí mismo, u organización para que reciba la información:

Nombre _____ **Dirección** _____
Ciudad _____ **Estado** _____ **Código postal** _____ **Fax** _____ **Teléfono** _____
Dirigido a _____

Periodo comprendido: _____	Motivo/finalidad: _____	
<input type="checkbox"/> Resumen (incluyendo todas las notas del doctor, rayos X e informes de laboratorio)		
<input type="checkbox"/> Historial médico completo (incluyendo resumen, notas de enfermería, signos vitales, valoraciones diarias, etc.)		
<input type="checkbox"/> Informe del alta médica	<input type="checkbox"/> Informes de urgencias	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio
<input type="checkbox"/> Reporte de evolución médica	<input type="checkbox"/> Reporte clínico	<input type="checkbox"/> Informe de radiología/imágenes
<input type="checkbox"/> Informe de cirugía	<input type="checkbox"/> Prueba ECG/Esfuerzo	<input type="checkbox"/> Disco compacto de radiología
<input type="checkbox"/> Informe de consulta	<input type="checkbox"/> Reporte de fisioterapia	<input type="checkbox"/> Cartilla de vacunación
<input type="checkbox"/> Otros: _____		

Si mis iniciales aparecen a continuación, solicito que NO se envíen los siguientes reportes:

- Yo no autorizo que se divulguen informes sobre tratamiento por consumo de alcohol o drogas y/o tratamiento psiquiátrico.
- Yo no autorizo que se divulguen resultados de pruebas genéticas para los fines expuestos anteriormente.
- Yo no autorizo que se divulguen informes sobre mi diagnóstico o tratamiento contra el VIH, SIDA o CRS ni autorizo se haga cualquier referencia sobre mi identidad como paciente de VIH, SIDA o CRS para los fines expuestos anteriormente.

Esta autorización caducará una vez que se cumple el proposito mencionado anteriormente.

Comprendo que la información utilizada o divulgada con base en esta autorización podría ser revelada a terceros por el destinatario y, si este es el caso, podría no quedar sujeta a las leyes federales y estatales que protegen su confidencialidad.

Comprendo que puedo revisar o copiar la información médica protegida descrita en esta autorización.

Comprendo que esta autorización puede ser revocada en cualquier momento al notificar por escrito al PSMC en: Pagosa Springs Medical Center (95 S. Pagosa Blvd. Pagosa Springs, CO 81147) y que PSMC deberá renunciar a utilizar esta autorización, salvo que PSMC puede completar cualquier acción que haya iniciado con base en esta autorización y antes de que yo presentara la revocatoria.

Comprendo que PSMC no debe condicionar tratamiento, pago o afiliación al plan de salud, ni mi elegibilidad para recibir beneficios, a la firma de esta autorización para el uso o divulgación requerida y entiendo que puedo rehusarme a firmarla.

Comprendo que al autorizar esta divulgación de mi historial médico también libero a PSMC de cualquier compromiso o responsabilidad legal que pueda resultar de la divulgación de mi información médica protegida.

Firma del individuo o de su representante

Fecha

Autoridad del representante (padre de un menor, guardián, etc.)

Identificación verificada por: _____ (Firma del empleado de PSMC)

Recogeré el historial en persona (permítanos 10 días hábiles) Enviar por correo Enviar por fax al número indicado

