

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA—OTRA ENTIDAD

Solicitud de historial médico – enviar a Pagosa Springs Medical Center

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

por este medio autorizo la entrega de 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, por parte de:

Nombre del proveedor _____ Nombre del consultorio _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de fax _____ Número de teléfono _____

Se requiere un formulario individual para cada uso o divulgación requerida

Yo autorizo a la siguiente persona(s) u organización para que reciba la información:

Nombre: Pagosa Springs Medical Center

Dirección: 95 South Pagosa Blvd

Ciudad: Pagosa Springs, CO 81147

Teléfono: 970-507-3828

Fax: 970-731-1915

a la atención de: Medical Records

Periodo comprendido: _____ Motivo/finalidad: _____

_____ Resumen (incluyendo todas las notas del doctor, rayos X e informes de laboratorio)		
_____ Historial médico completo (incluyendo resumen, notas de enfermería, signos vitales, valoraciones diarias, etc.)		
_____ Informe del alta médica	_____ Informes de urgencias	_____ Resultados de laboratorio
_____ Reporte de evolución médica	_____ Reporte clínico	_____ Informe de radiología/imágenes
_____ Informe de cirugía	_____ Prueba ECG/Esfuerzo	_____ Disco compacto de radiología
_____ Informe de consulta	_____ Reporte de fisioterapia	_____ Cartilla de vacunación
_____ 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 se vence en (fecha o evento (date or event)): _____. Si no se especifica fecha o evento, la autorización se vencerá seis meses a partir de la fecha en la que se firmó.

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.

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)