

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE

HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS DE FACTURACIÓN

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre de paciente	Fecha de nacimiento
--------------------	---------------------

DIVULGAR HISTORIA CLÍNICA DE:

ENVIAR HISTORIA CLÍNICA A:

Doctor/Hospital/Establecimiento	Doctor/Hospital/Organismo/Establecimiento/Persona
Dirección/Ciudad/Estado/Código postal	Dirección/Ciudad/Estado/Código postal
Teléfono (indique país)/Fax	Teléfono (indique país) /Fax/Correo electrónico

ENVIAR MI HISTORIA CLÍNICA MEDIANTE:

Correo USPS	Correo electrónico seguro	Línea de fax no segura
Recoger en Edwards	Recoger en Vail	Solo con autorización verbal

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL: Entiendo que mi historia clínica podría contener información acerca de mi salud mental, terapia psiquiátrica o tratamientos para superar el consumo de drogas o alcohol así como cualquier resultado de análisis de VIH (SIDA).

Brindo mi autorización	No brindo mi autorización	No se aplica a mi caso
------------------------	---------------------------	------------------------

INFORMACIÓN QUE PODRÁ DIVULGARSE:

Por fechas de servicio (Mes/Día/Año): _____ a _____

Registro de anestesia	Anamnesis y exploración física	Registro completo con facturación
Informe de alta	Informes de laboratorio/patológica	Registro completo sin facturación
EKG/Informe cardiológico	Informe quirúrgico	Otros registros (indique):
Información de facturación:	Factura estándar <input checked="" type="radio"/>	Pormenorizada

LA INFORMACIÓN SE EMPLEARÁ PARA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES FINES:

Continuación de la atención médica	Daño/Reclamo/Seguro	Motivos legales
Motivos personales	Indemnización laboral/discapacidad	Otro (indique):

AUTORIZACIÓN PARA USAR LA INFORMACIÓN DE SALUD CONFIDENCIAL DIVULGADA:

ESTA AUTORIZACIÓN VENCERÁ EN 180 DÍAS. Entiendo que una vez que esta información se haya divulgado, las leyes sobre protección de privacidad dejarán de aplicar al receptor de la información y, por ende, no se podrá prohibir al receptor que vuelva divulgarla. Podré revocar esta autorización en cualquier momento, salvo por las actuaciones realizadas al amparo de dicha autorización. Entiendo que la autorización es voluntaria y que es posible que incurra en gastos por las copias que se preparen en respuesta a esta solicitud. La copia o un facsímil del presente formulario tendrá la misma validez que el original. **He leído la información que antecede y autorizo la divulgación de mi historia clínica o de los registros de facturación según lo que se menciona anteriormente. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que el hecho de que firme o no el presente documento no incidirá en el tratamiento prestado por Dillon Surgery Center ni en el pago, la inscripción a servicios ni la posibilidad de recibir beneficios.**

Firma de la paciente o su representante

Fecha

Nombre en imprenta de la paciente o de su representante

Parentesco con la paciente

INFORMACIÓN ADICIONAL CON RESPECTO A LA SOLICITUD

SOLICITUD DE LA HISTORIA CLÍNICA EN NOMBRE DE OTRA PERSONA: Si solicita la historia clínica de un tercero, es posible que tenga que brindar documentación adicional a fin de demostrar que tiene el derecho legal para hacerlo. Por ejemplo, cartas de representación, documentos que prueben que se posee tutela de un menor, declaración en la que se juramente ser heredero legítimo, entre otros. Comuníquese con el departamento de **"Medical Records"** al **970-485-7070** para averiguar cuál es la documentación que se le exige para procesar la solicitud.

SOLICITUD DE LOS REGISTROS AL FINAL DE LA CONSULTA MÉDICA: Si solicita su historia clínica al final de la consulta médica, debe saber que pueden haber informes o documentos faltantes que no se hayan finalizado al momento que reciba los registros solicitados. Dichos registros se considerarán incompletos y preliminares.

TIEMPO DE PROCESAMIENTO: El tiempo de procesamiento de las solicitudes es de 5 días hábiles además del tiempo que lleve enviar la documentación. Sin embargo, es posible que lleve al menos 30 días procesar su solicitud. A menos que se solicite lo contrario, los registros se enviarán por correo de los EE.UU. Los registros solicitados en caso de urgencia médica se enviarán por fax directamente al médico tratante o al centro médico. Sírvase añadir su número de teléfono en la solicitud en caso de que tengamos que ponernos en contacto con usted para obtener más información. Si tiene preguntas sobre las solicitudes de copias de historias clínicas, comuníquese con Dillon Surgery Center al 970-485-7070 o vsmedrec@vailhealth.org.

REQUISITOS PARA RECOGER LOS REGISTROS: si recoge sus registros personalmente o si envía a un representante a recogerlos, es **obligatorio** presentar una **identificación con foto** (licencia de conducir, pasaporte, etc.) antes de que se pueda dar acceso a los registros.

Nombre del representante tal como figura en la licencia de conducir:

ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETO A:

Dillon Surgery Center
365 Dillon Ridge Road, Dillon, CO 80435 • PO Box 6230, Vail, CO 81658
Correo electrónico: vsmedrec@vailhealth.org
Tel: (970) 485-7070; Fax: (970) 485-7039 • Horas: 06:00 - 17:00 Lunes - Viernes

FOR SURGERY CENTER USE ONLY (SOLO PARA USO DE SURGERY CENTER):

Date Request Received:	Information Released By:	Completion Date:
MRN:	Number of Pages:	Fee Charged:
Date of In-Person Pick-up:	Signature of Patient/Designee:	Patient/Designee ID: