

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR/OBTENER INFORMACIÓN MÉDICA



GUNNISON VALLEY HEALTH

Gunnison Valley Health Medical Records
 711 N. Taylor St.
 Gunnison, CO 81230
 Teléfono: 970-641-7257 or 970-641-7252
 Fax: 970-641-7273
 Correo electrónico: mr@gvh-colorado.org

Seleccione el centro/grupo de GVH al que está solicitando registros:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Campus Health Clinic (WCU) | <input type="checkbox"/> Gunnison Valley Orthopedics (GVO) |
| <input type="checkbox"/> Dermatología | <input type="checkbox"/> Oncología |
| <input type="checkbox"/> Otorrinolaringología | <input type="checkbox"/> Oftalmología |
| <input type="checkbox"/> Family Medicine Clinic | <input type="checkbox"/> Urología |
| <input type="checkbox"/> Cirugía general | <input type="checkbox"/> Women's Health Clinic |
| <input type="checkbox"/> Gunnison Valley Hospital | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Nombre del paciente: _____ Conocido anteriormente como: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Propósito de la solicitud: Continuación de la atención Personal Legal Seguro Otro: _____

Para divulgar/difundir a O para obtener de:

Nombre de la entidad, centro, otra persona, yo: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

Fecha de rango del servicio (mes/año): Desde: _____ Hasta: _____

Seleccione el método de divulgación:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Formato impreso - Correo postal de EE. UU. | <input type="checkbox"/> Fax | <input type="checkbox"/> AMBRA (imagen radiológica) |
| <input type="checkbox"/> Formato impreso - Entrega en mano | <input type="checkbox"/> Correo electrónico seguro a: _____ | |

<input type="checkbox"/> Facturación/UB04	<input type="checkbox"/> Antecedentes y exámenes físicos	<input type="checkbox"/> Órdenes médicas
<input type="checkbox"/> Notas clínicas/de progreso	<input type="checkbox"/> Información de VIH/SIDA*	<input type="checkbox"/> Informe radiológico
<input type="checkbox"/> Resumen de alta	<input type="checkbox"/> Registro de vacunación	<input type="checkbox"/> Imágenes radiológicas en CD
<input type="checkbox"/> Tratamiento por abuso de drogas/alcohol*	<input type="checkbox"/> Resultados de análisis de laboratorio/patología	<input type="checkbox"/> Informes respiratorios/cardiológicos
<input type="checkbox"/> Informe de sala de emergencias	<input type="checkbox"/> Historias clínicas que no sean de GVH	<input type="checkbox"/> Servicios de rehabilitación
<input type="checkbox"/> Datos demográficos	<input type="checkbox"/> Notas de enfermería	<input type="checkbox"/> Información sobre células falciformes*
<input type="checkbox"/> Planificación familiar/salud reproductiva*	<input type="checkbox"/> Registros de medicamentos	<input type="checkbox"/> Enfermedades contagiosas o de transmisión sexual (STD)*
<input type="checkbox"/> Información genética*	<input type="checkbox"/> Fotos de la atención del paciente	<input type="checkbox"/> Otros (especifique): _____

*Por la presente autorizo la divulgación de la información especializada arriba indicada en negrita.

ECONOCIMIENTOS Y FIRMA DE LA AUTORIZACIÓN

Al firmar esta Autorización, reconozco que he leído este formulario de Autorización y entiendo que:

- Puedo negarme a autorizar la divulgación parcial o total de la información médica arriba mencionada, pero mi negativa puede derivar en un diagnóstico o tratamiento inadecuado, la denegación de cobertura o reclamaciones por beneficios de seguro médico u otros seguros, u otras consecuencias adversas.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, ya sea oralmente o por escrito, notificando a GVH de la manera que se describe en el Aviso de prácticas de privacidad de GVH, excepto en la medida en que GVH o cualquier otra persona ya haya actuado basándose en ella. Entiendo que mi revocación puede ser el fundamento para la denegación de cobertura o

beneficios de seguro médico u otros tipos de seguro.

- Existe la posibilidad de que la información divulgada en virtud de esta Autorización pueda ser divulgada nuevamente por el o los destinatarios de la información y por lo tanto, quizás la información ya no esté protegida.
- Los formularios incompletos no pueden ser procesados.
- La entidad divulgadora puede cobrar una tarifa por copiar los registros solicitados.
- Una copia, fax o escaneo de esta Autorización se considerarán tan válidos como el original.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización firmada.

POR FAVOR, ESPERE 10 DÍAS HÁBILES PARA QUE SE PUEDAN SATISFACER LAS SOLICITUDES DE REGISTROS.

Firma del paciente/tutor/representante autorizado*

- | | | | |
|--|--|--|--|
| Facultad legal del representante autorizado: | <input type="checkbox"/> Poder médico duradero del agente | <input type="checkbox"/> Tutor | <input type="checkbox"/> Curador |
| | <input type="checkbox"/> Apoderado para la toma de decisiones de atención médica | <input type="checkbox"/> Padre/madre de un menor | <input type="checkbox"/> Responsable de la toma de decisiones sustituto para beneficios de atención médica |
| | <input type="checkbox"/> Heredero | | |

*La firma de un representante autorizado certifica que dicha persona tiene la facultad legal para autorizar la divulgación en nombre del paciente.

For office use only when GVH is disclosing of records.

Name of Staff Person Disclosing Records: _____ Date: _____ Mailed Faxed Email Pick Up