

Autorización para revelar información médica protegida

Lea este formulario en su totalidad antes de firmar y complete todas las secciones que se apliquen a sus decisiones relacionadas con la revelación de información médica protegida.

Parte A: Paciente/Individuo		
Nombre	Segundo nombre	Apellido
Fecha de nacimiento	Número de teléfono	
Parte B: Autorizo la revelación de la siguiente información médica protegida del paciente/individuo		
Nombre del individuo/organización	Número de teléfono	Número de fax
Parte C: Quién puede recibir y usar la información médica		
Las personas o empresas enumeradas e identificadas a continuación tienen derecho a ver mis registros. (Deben tener al menos 18 años.)		
Seleccione cada casilla según corresponda. Escriba el nombre y apellido.		
Parte D: Motivo de revelación (elijá solo una opción a continuación)		
<input type="checkbox"/> Tratamiento/Atención médica continua	<input type="checkbox"/> Uso personal	<input type="checkbox"/> Facturación o reclamaciones
<input type="checkbox"/> Seguro	<input type="checkbox"/> Fines legales	<input type="checkbox"/> Determinación de discapacidad
<input type="checkbox"/> Institución educativa	<input type="checkbox"/> Empleo	<input type="checkbox"/> Otro _____
Parte E: Mis registros		
Complete lo siguiente indicando los registros que desea revelar. Se requiere la firma de pacientes menores de edad para la revelación de algunos de estos registros. Si se va a revelar toda la información médica, entonces seleccione la primera casilla únicamente.		
Autorizo a Colorado Physician Partners a revelar los siguientes registros:		
<input type="checkbox"/> Toda la información médica. Pueden ser registros sobre su salud, un diagnóstico (nombre de la enfermedad o problema de salud), reclamaciones de seguro, nombres de médicos y otros proveedores de atención médica. Los registros también pueden ser sobre seguros y facturación. Seleccionar esta casilla no permite que otros tengan acceso a registros sensibles (muy personales) a menos que yo lo acepte a continuación.		
O bien		
<input type="checkbox"/> Solo algunos registros (seleccione todos los que correspondan a su situación)		
<input type="checkbox"/> Historial médico/Examen físico	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio	<input type="checkbox"/> Órdenes del médico
<input type="checkbox"/> Medicamentos pasados/actuales	<input type="checkbox"/> Alergias del paciente	<input type="checkbox"/> Informes de operaciones
<input type="checkbox"/> Informes de consultas	<input type="checkbox"/> Informes de pruebas de diagnóstico	<input type="checkbox"/> Notas de progreso
<input type="checkbox"/> Resumen de altas hospitalarias	<input type="checkbox"/> Informes de ECG/cardiología	<input type="checkbox"/> Informes de patología
<input type="checkbox"/> Información de facturación	<input type="checkbox"/> Informes e imágenes de radiología	<input type="checkbox"/> Otro _____

También autorizo a Colorado Physician Partners a compartir este tipo de registros sensibles (muy personales) descritos a continuación. Se requieren sus iniciales para revelar cualquiera de la siguiente información.

_____ Todos los registros sensibles que aparecen a **O bien**

Solo algunos registros sobre los siguientes temas (se requieren sus iniciales para cada opción elegida)

____ Registros de salud mental (se excluyen las notas de psicoterapia)

____ Registros de abuso de drogas, alcohol o sustancias

____ Información genética (se incluyen los resultados de pruebas genéticas)

____ Resultados de pruebas de VIH/SIDA/tratamiento

Parte F: Período de vigencia (seleccione una casilla únicamente)

Esta autorización es válida hasta que ocurra lo primero: la muerte del individuo; el individuo alcance la mayoría de edad; se retire el permiso; o la siguiente fecha específica (opcional):

- Mes _____ Día _____ Año _____ **O BIEN** Un año desde el día en que yo firme el formulario **O BIEN**
 Antes de un año y en la fecha, evento o motivo aquí indicado:

Parte G: Revisar y firmar

DERECHO A REVOCAR: Entiendo que puedo retirar mi permiso en cualquier momento mediante una notificación por escrito indicando mi intención de revocar esta autorización a la persona u organización que se indica en “¿Quién puede recibir y usar la información médica?” Entiendo que las acciones tomadas con anterioridad basadas en esta autorización por entidades que tenían permiso para acceder a mi información médica no se verán afectadas.

AUTORIZACIÓN CON FIRMA: He leído este formulario y acepto los usos y revelaciones de la información como se describe. Entiendo que negarme a firmar este formulario no detiene la revelación de información médica que haya ocurrido antes de la revocación o que esté permitida por ley sin mi autorización o permiso específicos, incluidas las revelaciones a entidades cubiertas según lo dispuesto. Entiendo que la información revelada de conformidad con esta autorización podría estar sujeta a una nueva revelación por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegida por las leyes federales o estatales de privacidad.

Firma del individuo o del representante legalmente autorizado del individuo

Fecha

Nombre en letra de imprenta del representante legalmente autorizado (si corresponde):

Si es un representante, especifique la relación con el individuo:

Padre/Madre del menor

Tutor

Otro _____

Se requiere la firma del menor de edad para la revelación de ciertos tipos de información, incluidos, por ejemplo, la revelación de información relacionada con ciertos tipos de tratamiento reproductivo, enfermedades de transmisión sexual y abuso de drogas, alcohol o sustancias, y tratamiento de salud mental.

Firma del menor

Fecha

Derecho a recibir una copia: El individuo y/o el representante legalmente autorizado del individuo tienen derecho a recibir una copia de esta autorización después de haberse llenado. Solicite una copia a su representante de Colorado Physician Partners.