



## Autorización para Divulgar y/o Intercambio de Expedientes Médicos Protegidos

### Información del Paciente

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección Física \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### Autorizo al Titular de la Información de Salud:

Nombre del Proveedor/Entidad/Persona: \_\_\_\_\_

Dirección Física: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### Para enviar/proporcionar/divulgar (Circula tu elección) la información de salud enumerada a continuación a los siguientes:

Nombre del Proveedor/Entidad: \_\_\_\_\_

Dirección Física: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### Información que se divulgará o solicitará– Por favor marque todo lo que corresponda:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Resultados de Vacunación/inmunización   | <input type="checkbox"/> Resumen de descargo                                  | <input type="checkbox"/> Informes de Imágenes  |
| <input type="checkbox"/> Exámenes Preventivos  | <input type="checkbox"/> Laboratorio y Patología                              | <input type="checkbox"/> Notas Operativas      |
| <input type="checkbox"/> Pruebas de Detección  | <input type="checkbox"/> Chequeo Bienestar de Niño/Exámenes Físicos Escolares | <input type="checkbox"/> Lista de Medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Manejo de Enfermedades Crónicas   | <input type="checkbox"/> Atención de Rutina para Diabéticos                   | <input type="checkbox"/> Otro _____            |
| <input type="checkbox"/> Por favor proporcione mi expediente médico completo para las fechas:<br>Desde: _____ Hasta: _____ |   |  |

### Información Delicado/Confidencial – Esta información no se divulgará o solicitará a menos que el paciente ingrese sus iniciales

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Registros de Enfermedades Transmitido sexualmente _____ | <input type="checkbox"/> Prueba Genética _____                      |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos Psiquiátricos _____                        | <input type="checkbox"/> Información Relacionada con VIH/SIDA _____ |

### Razón de Solicitud

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Personal       | <input type="checkbox"/> Continuidad de Atención | <input type="checkbox"/> Tratamiento              | <input type="checkbox"/> A seguridad/Seguro de Salud |
| <input type="checkbox"/> Legal/Jurídico | <input type="checkbox"/> Portal del Paciente     | <input type="checkbox"/> Otro (Especificar) _____ |  |

### Familia y Amistades – Mi información de salud puede ser divulgada a la persona anterior basado en la siguiente relación

- |  |   |   |                                      |
|--|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Espos(a)/Pareja | <input type="checkbox"/> Representante Personal | <input type="checkbox"/> Padre/Tutor/Guardián | <input type="checkbox"/> Otro, _____ |
|--|---|---|--------------------------------------|

### La Autorización se Vencerá en Un Año A Menos Que Se Indique Lo Contrario

- |   |             |
|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> Condición: _____ | Fecha _____ |
| 90 días                                   |             |



## Autorización para Divulgar y/o Intercambio de Expedientes Médicos Protegidos

Por favor, seleccione como le gustaría recibir sus registros:

- Formato Electrónico (CD) (Tarifa de \$15)
- Formato de Papel (Tarifa de páginas 1-10 \$18.53, \$.85 paginas de 10-40, \$.57 páginas más de 40) más costos real y gastos de envió
- Envió Seguro (Tarifa de \$6.50)
- No se Envía Registro/Solo Acceso a Información de Salud Personal (ISP)

Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Registros enviados a otro consultorio médico se proporcionan sin cargo.**

\*Definición de Registro de Continuidad de Atención (CCR) – Resumen Electrónico de la información médica parcial o total contenido en el registro de salud electrónico. Diseñado para facilitar la transferencia de la atención de una entidad a otra y podría potencialmente importarse a otro registro de salud electrónico.

1. Entiendo que la información médica divulgada por esta autorización puede incluir información sobre el tratamiento de enfermedades físicas y mentales, abuso de alcohol/drogas y antecedentes médicos.
2. Entiendo que esta autorización se vencerá, sin mi revocación expresa, ya sea un año después de la fecha de la firma, o si soy menor de edad, en la fecha en que me convierto en adulto de acuerdo con la ley estatal, lo que ocurra primero. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medida basadas en ella. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada según lo especificado por esta autorización o a mi compañía de seguros cuando la ley le otorga a mi aseguradora el derecho a impugnar un reclamo bajo mi póliza o la póliza misma.
3. Entiendo que la autorización para la divulgación de esta información médica es voluntaria y puedo negarme a firmar esta autorización. VWHS no puede condicionar el tratamiento, el pago y la inscripción en el plan de salud o la elegibilidad para los beneficios a la firma de una autorización, a menos que lo permita la ley. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autoriza y es posible que la información no esté protegida por la regla federal de confidencialidad.
4. Acepto la responsabilidad financiera total por las tarifas de copia.

Nombre del Paciente (En letra de molde): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Esposo(a)/Pareja/Representante/

Padre o Guardián/Tutor Legal (Escriba en Letra Molde): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Esposo(a)/Pareja/Representante/

Padre o Guardián/Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Obligatorio/Requerido para todos los pacientes menores de 18 años de edad a menos lo permita la ley)

### Aviso al Recibidor de Información Confidencial

Las reglas federales le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de información en este registro que identifique a un paciente que tiene o ha tenido un trastorno por uso de sustancias, ya sea directamente, por referencia a información disponible públicamente, o mediante la verificación de dicha identificación por otra persona, a menos que se divulgue más información que está expresamente permitido por el consentimiento por escrito de la persona cuya información se divulga o según lo permita 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro NO es suficiente para este propósito (ver § 2.31). Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar con respecto a un delito a cualquier paciente con un trastorno por uso de sustancias, excepto según lo proporcionado en 2.12 (c) (5) y 2.65.



## Autorización para Divulgar y/o Intercambio de Expedientes Médicos Protegidos

### Valley Wide Health Systems, Inc.

#### Ubicación

<b>NOMBRE DE INSTALACIÓN O CLÍNICA</b>	<b>DIRECCIÓN</b>
Valley-Wide Health Systems, Inc., Edificio de Servicios Administrativos	128 Market Street, Alamosa, CO 81101
Clínica Dental de Alamosa	128 Market Street, Alamosa, CO 81101
Alamosa Family Medical Center Farmacia de VWHS	1710 First Street, Alamosa, CO 81101
Clínica Dental de Centro	220 South Worth Street, Center, CO 81125
Cesar E Chávez Family Medical Center	186 N Hurt Street, Center, CO 81125
Clínica Comunitaria de Atención Conveniente	1131 Main Street, Alamosa, CO 81101
Centro de Consejería/Asesoramiento y Apoyo	204 Carson Avenue, Alamosa, CO 81101
Edward M. Kennedy Health Clínica, Clínica Dental de Edward M. Kennedy Rehabilitación y Terapia Física/Fisioterapia	925 Second Avenue, Monte Vista, CO 81144
Guadalupe Health Center Rehabilitación y Terapia Física/Fisioterapia	10 <sup>th</sup> Street and Dahlia, Antonito, CO 81120
Clínica Dental de La Jara	421 Walnut Street, La Jara, CO 81140
Clínica de La Junta Clínica Comunitaria de Atención Conveniente de La Junta	1012 Belmont Avenue, La Junta, CO 81050
Clínica de Las Animas Clínica Dental de Las Animas	245 Vine Ave., Las Animas, CO 81054
Moffat Family Health Center	545 Moffat Way, Moffat, CO 81143
Clínica de Rocky Ford Dental de Rocky Ford	903 S Twelfth Street, Rocky Ford, CO 81067
San Luis Health Center Clínica Dental de Ernesto Pacheco Rehabilitación y Terapia Física/Fisioterapia	233 Main Street, Suite B, San Luis, CO 81152
Sierra Blanca Medical Center Rehabilitación de Alamosa y Terapia Física/Fisioterapia Unidad de Salud Móvil/Mobile Health Unit	106 Blanca Ave., Suite. 300, Alamosa, CO 81101
El Pulso/The Pulse	1215 Main Street, Suite B, Canon City, Co 81212
Valley-Wide Buena Vista	707 US Hwy 24 North Buena Vista, CO
Valley Wide Canon City	121 North 6 <sup>th</sup> Street, Canon City, CO 81212
Valley Wide Ordway	319 Main Street, Ordway, CO 81063