

# Divulgación de la Información Médica

**Salud Family Health Centers** P.O BOX 189 Frederick, CO 80530 Fax: 303-227-6426

**\*\* Puede que tenga que pagar para la divulgación de su información médica. Por favor vea la información sobre las tarifas en la parte de atrás de esta página.**

### Información del paciente:

Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:
Otros nombres que ha usado:	Fecha de nacimiento:	Seguro Social:
Dirección:	Ciudad/Estado/Código Postal:	
Teléfono de casa:	Celular/Teléfono del trabajo:	
Correo electrónico:		

Yo autorizo que se divulgue información médica **A:**

### Individuo/Compañía/Agencia/Servicios:

Nombre:	
Dirección:	
Ciudad/Estado:	
Teléfono:	Fax:

Yo autorizo que se divulgue información médica **DE:**

### Individuo/Compañía/Agencia/Servicios:

Nombre:	
Dirección:	
Ciudad/Estado:	
Teléfono:	Fax:

**En este momento, solicito que se tomen las siguientes acciones con mi información médica:**

- Proporcionar una copia en papel    Solo compartir mi información oralmente

### Propósito de la solicitud :

- Personal    Traslado de la atención médica    Continuidad de la atención/Remisión    Discapacidad    Compensación Laboral    Coordinación de la atención    Pago    Litigio
- Otro \_\_\_\_\_

### Información autorizada:

Por la presente autorizo la divulgación de la información que se indica a continuación:  
Intervalo de tiempo desde: \_\_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_\_

Notas del consultorio médico    Reportes de Cardiología/ECG    Resumen Médico    Reportes de Lab/anatomopatológicos

Reportes Operativos /de procedimientos    Reportes de Radiología (Tomografía/Resonancia Magnética/Rayos X/Ultrasonido)

Facturación/Información de pago    Historia Dental    Historia de Salud Mental- General    Notas de Psicoterapia

Historia de Consumo de Drogas (Por favor, describa en detalle los documentos que desea divulgar) \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

\*Por favor, tenga en cuenta que las Historias de Salud Mental, Consumo de Drogas y las Notas de Psicoterapia solo serán divulgadas si están específicamente marcadas en este formulario.

### Autorización:

Yo comprendo que autorizar la divulgación de esta información es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para garantizar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad de los beneficios de Salud. Comprendo que cualquier divulgación de información implica una potencial redivulgación no autorizada y la información podría no estar protegida por las reglas federales de privacidad y/o confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información médica, puedo comunicarme con el individuo u organización que realiza la divulgación. Comprendo que, al recibir atención médica general en Salud, la información en mi historia médica puede incluir información relativa a enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Comprendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Comprendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al departamento de Registros Médicos. Comprendo que la revocación no cubre la información que ya ha sido divulgada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi aseguradora el derecho de impugnar una reclamación bajo mi póliza.

### Vencimiento:

He leído la información proporcionada en este formulario de autorización y, por la presente, reconozco que conozco los términos y condiciones de esta autorización. Esta autorización vencerá dos (2) años después de la fecha de la firma, a menos que yo especifique una fecha de vencimiento diferente.

Fecha de Vencimiento : \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

- Paciente    Padre/Tutor legal    Representante Autorizado (por favor describa el tipo de autoridad que tiene para actuar en nombre del paciente):

#### Información de las tarifas:

\*POR FAVOR LEA la información de las tarifas: Salud contrata a la compañía DataFile Technologies para copiar y proporcionar todos los registros solicitados de nuestra oficina. En el caso de copias o transferencias personales, DataFile cobrará entre \$ 15 y \$ 25 dependiendo del número de páginas solicitado. Nos reservamos el derecho de cobrar por las historias clínicas según el esquema de tarifas del Estado como se establece en el estatuto del Estado para copias personales y para otros solicitantes. DataFile Technologies, LLC le enviará una factura por el costo de las copias, más el envío, con todas las instrucciones necesarias para obtener sus registros. Al firmar esta autorización, usted acepta pagarle a DataFile Technologies por sus registros. DataFile Technologies cumplirá con todas las solicitudes en un plazo de 24 a 72 horas una vez que haya recibido el pago. Pregunte en la recepción sobre el uso del portal del paciente para obtener sin costo algunos registros tales como informes de laboratorio y diagnósticos por la imagen.

#### Instrucciones para llenar la parte delantera de este formulario:

**Persona/Compañía/Agencia/Servicios:** En el primer recuadro, por favor escriba la información correcta para la persona, compañía, agencia o servicio que está solicitando sus registros. En el segundo recuadro, por favor escriba la información correcta de la persona, compañía, agencia o servicio al que usted quiere que se le envíe la información.

**Divulgar los registros en papel o compartir información oralmente.** – Este recuadro indica cómo usted quiere que su información médica sea compartida. Al seleccionar la casilla “proporcionar una copia en papel”, se divulgará una copia física de sus registros a la compañía, agencia, servicio que usted haya especificado en la sección previa. Si usted selecciona “Solo compartir mi información oralmente”, usted solo está autorizando a las dos entidades o personas que usted especificó previamente a que hablen sobre sus registros. No se compartirán en papel si usted selecciona esta casilla.

**Propósito de la solicitud:** Especifica la razón por la que se divulga la información médica. Marcar estas casillas nos ayuda a rastrear, asignar prioridad y determinar quién sería responsable del costo de los registros (según corresponda).

**Personal:** Usted está solicitando una copia de sus registros para usted mismo. Usted puede obtener e imprimir estos registros gratuitamente en el portal del paciente MySalud Online.

**Traslado de la atención médica:** Usted ya no quiere recibir atención médica en Salud y está solicitando que sus registros sean trasladados a otro proveedor de atención médica; o usted se ha vuelto un paciente de Salud y quiere que sus registros sean compartidos con nosotros.

**Continuidad de la atención/Remisión:** Usted o su proveedor lo ha remitido para recibir atención que no puede ser proporcionada por Salud como por ejemplo atención especializada o cuidados paliativos.

**Discapacidad:** Usted está solicitando que se le den sus registros al Estado para que formen parte de su solicitud de discapacidad, su caso o su renovación. Usted está solicitando que se le envíe, a su agente o representante de compensación del trabajador, copias de registros relacionados solamente con lesiones laborales.

**Coordinación de la atención:** Usted tiene un coordinador de recursos en nuestra organización y necesita que sus registros sean enviados a otra organización.

**Pago:** Usted está solicitando copia de los pagos que usted ha hecho por la atención médica en Salud.

**Litigio:** Usted está solicitando que sus registros sean compartidos con una firma de abogados o departamento legal para asuntos legales personales.

**Otro:** Usted está solicitando registros para algo diferente a las opciones presentadas. El costo de esta solicitud debe ser establecido.

**Información Autorizada:** Indique el intervalo de fechas para los registros que está solicitando. También indique qué tipo de registros está solicitando marcando las casillas correspondientes.

Si usted está solicitando todos sus registros, por favor seleccione “Otro” y escriba la palabra TODOS en el espacio proporcionado. Por favor tenga en cuenta que debe marcar las casillas de Salud Mental y Consumo de Drogas si quiere que se divulguen esos registros también.

**Información de las tarifas:** Por favor lea esta sección en su totalidad. Contiene información importante sobre las tarifas de pago por la divulgación de sus registros. Los pacientes pueden tener acceso a algunos registros, como por ejemplo resultados de laboratorio, diagnósticos por la imagen y notas de los proveedores, sin costo alguno, a través del portal del paciente MySalud Online. Por favor hable con un empleado de la recepción para más detalles.

**Autorización:** Este párrafo contiene información detallada sobre lo que usted está autorizando cuando llena y firma esta solicitud de registros.

**Vencimiento:** Este párrafo confirma que usted leyó y comprendió nuestras políticas y pautas con respecto a su solicitud. También le informa que esta solicitud solo es válida por dos (2) años a menos que especifique una fecha diferente.