



GUNNISON VALLEY HEALTH

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR Y/U OBTENER INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Divulgación por parte de:

Seleccione todo lo que corresponda: *

- Gunnison Valley Hospital
- General Surgery (Cirugía General)
- Family Medicine Clinic
- Campus Health Clinic

Nombre del paciente *

Fecha de nacimiento *



Day Month Year

Dirección postal *

Ciudad *

Estado *

Código postal *

Número de teléfono *

Divulgación para:

Divulgación para: *

Paciente

Otra instalación

Nombre de otra persona u otra instalación

Entrega *

Recogida (solo para pacientes u otra persona)

Correo electrónico

Fax

Correo

Dirección postal *

Ciudad *

Estado *

Código postal *

Número de teléfono *

Correo electrónico

example@example.com

Fax

Información que se copiará y divulgará

Marque todo lo que corresponda * *

- Informe de la sala de emergencias
- Antecedentes y exploración física
- Informes quirúrgicos
- Notas del personal de enfermería
- Resultados de laboratorio/patología
- Respiratorios
- Registros de facturación
- Registros médicos no GVH

- Resumen de alta
- Informes de consultas
- Notas del médico respecto a la evolución
- Registros de medicamentos
- Informes radiológicos
- Servicios de rehabilitación
- Fotos de atención al paciente
- Registros médicos no GVH de Family Clinic

Fecha de servicio *



Day Month Year

Enumere las fechas adicionales de servicio:

Doy mi consentimiento para divulgar información relacionada con pruebas o tratamientos psiquiátricos o psicológicos, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de abuso de alcohol y/o drogas, y/o pruebas y/o resultados de VIH (SIDA), pruebas/resultados genéticos, pruebas/resultados de anemia de células falciformes.

*****NOTA:** Si esta sección no se completa, no se publicarán registros de este tipo, si existen para este paciente.

¿Acepta la declaración anterior? *

Doy mi consentimiento

NO doy mi consentimiento

El propósito de esta versión: *

Continuidad de la atención médica

Información sobre daños/reclamos

Uso personal

Legal

AUTORIZACIÓN: Por la presente, le doy permiso a la instalación de divulgación para revelar mi información de salud identificable individualmente como se mencionó anteriormente. Entiendo que una vez que se divulga esta información, es posible que ya no esté protegida. Entiendo que esta autorización es voluntaria, que el tratamiento adicional no puede estar condicionado a que firme esta autorización. Reconozco que los formularios incompletos no se pueden procesar y que puede haber un costo para copiar estos registros.

Entiendo que **este consentimiento vencerá un año a partir de la fecha de mi firma** a menos que se especifique lo contrario más abajo*. Entiendo que puedo recuperar el permiso para divulgar mis registros médicos en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas para cumplirlo. Entiendo que debo notificar por escrito si decido revocar esta autorización antes de la fecha/evento de vencimiento, y que la revocación por escrito debe estar firmada y fechada con una fecha que sea posterior a la fecha de esta autorización. Una copia, fax o documento escaneado de este formulario debe considerarse tan válido como el original. Conserve una copia de sus registros para su uso personal.

***otra especificación para el vencimiento del consentimiento:**

Firma del paciente/representante:

Relación del representante con el paciente:

Fecha * (DD/MM/AAAA)

Hora * (hora:minuto)

LE PEDIMOS QUE ESPERE 10 DÍAS PARA QUE SE PROCESE SU SOLICITUD DE REGISTROS