



GUNNISON VALLEY HEALTH
SALUD CONDUCTUAL

Registros Médicos de Gunnison Valley Health
711 N. Taylor St.
Gunnison, CO 81230

Teléfono: 970-641-7257 o 970-641-7252
Fax: 970-641-7273
Correo electrónico: mr@gvh-colorado.org

Para el proveedor

N.º de historia clínica: _____

Datos del paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

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

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Solicitud de registros

Solicito mis registros de la siguiente entidad:

☐ Departamento de Salud Conductual de Gunnison Valley Health

Destinatario de mis registros:

☐ Yo (solo el paciente) Seleccione el método de divulgación: ☐ Correo electrónico ☐ Fax ☐ Correo ☐ Retiro

☐ Otro (nombre del centro o de la persona): _____

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

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

Solicito que mis registros se divulguen mediante el siguiente método: ☐ Correo electrónico ☐ Fax ☐ Correo ☐ Retiro

Fechas de servicio previas: ☐ 6 meses ☐ 12 meses ☐ Fecha específica Desde: _____ Hasta: _____

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Notas del profesional que prescribe | ☐ Plan de atención | ☐ Medicamentos |
| ☐ Notas de psicoterapia | ☐ Resumen de alta | ☐ Información y registros sobre ITS/VIH/SIDA |
| ☐ Notas de evaluación | ☐ Resultados de laboratorio | ☐ Registros de facturación |
| ☐ Otro (especifique): _____ | | |

Propósito de la divulgación

☐ Tratamiento/atención médica adicional ☐ Personal ☐ Seguro ☐ Legal ☐ Otro: _____

Divulgadores

Autorización para usar y divulgar información de salud mental:

Las leyes estatales y federales regulan la confidencialidad y la protección de la información de salud individualmente identificable. Salvo en las situaciones específicas previstas por las distintas leyes, la información de salud protegida no podrá divulgarse sin una autorización escrita.

Autorización para usar y divulgar información de abuso de sustancias:

Los registros relativos al tratamiento por consumo de sustancias, mantenidos por el Departamento de Servicios Humanos del Estado de Colorado, son confidenciales y no serán divulgados, salvo que las reglamentaciones dispongan lo contrario, sin el consentimiento escrito de la persona interesada o de su representante personal.

Continúa en la página 2



GUNNISON VALLEY HEALTH
SALUD CONDUCTUAL

Registros Médicos de Gunnison Valley Health
711 N. Taylor St.
Gunnison, CO 81230

Teléfono: 970-641-7257 o 970-641-7252
Fax: 970-641-7273
Correo electrónico: mr@gvh-colorado.org

Aviso que acompaña la divulgación: prohibición de una nueva divulgación de la información confidencial.

Este aviso acompaña la divulgación de información sobre un paciente en tratamiento por abuso de sustancias, realizada a usted con el consentimiento de dicho paciente. Esta información se divulgará a partir de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad establecidas en la Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR). Las normas federales prohíben una nueva divulgación de esta información, a menos que dicha divulgación adicional se permita expresamente mediante el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenecen los registros o según lo permita la Parte 2 del Título 42 del CFR. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las normas federales restringen cualquier uso de la información contenida en estos registros para investigar o procesar penalmente a un paciente con problemas de abuso de alcohol o drogas.

Revocación:

Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Si no la revoco antes, la autorización caducará cuando me den el alta del tratamiento o en el plazo de un (1) año desde la fecha de la firma, lo que ocurra primero. Si lo permite la ley estatal, entiendo que se me podrían denegar los servicios si me niego a dar mi consentimiento para la divulgación de información con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No me denegarán los servicios si me niego a dar mi consentimiento para una divulgación para otros fines. Me han proporcionado una copia de este formulario.

Firma del paciente/tutor/representante autorizado* _____

Relación _____ **Fecha** _____

Facultad legal del representante autorizado:

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Poder médico duradero del agente | ☐ Tutor | ☐ Curador |
| ☐ Apoderado para la toma de decisiones de atención médica | ☐ Padre/madre de un menor | ☐ Responsable de la toma de decisiones sustituto para beneficios de atención médica |
| ☐ Heredero | | |

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

Nombre del integrante del personal que divulgó los registros: _____ Fecha: _____

☐ Correo ☐ Fax ☐ Correo electrónico ☐ Retiro