

AUTORIZACIÓN PARA HOSPITALES Y CLÍNICAS PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA



GUNNISON VALLEY HEALTH

Historias clínicas 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

Solicitud de historia clínica

Solicito mi historia clínica **DE:**

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Gunnison Valley Hospital | ☐ Cirugía general | ☐ Dermatología |
| ☐ Family Medicine Clinic | ☐ Oftalmología | ☐ Urología |
| ☐ Gunnison Valley Orthopedics | ☐ Women's Health Clinic | ☐ Otorrinolaringología |
| ☐ Oncología | | |
| ☐ Otro (especifique): | | |

Información del paciente

Nombre legal del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección de envío: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Solicito que me envíen mi historia clínica A:

Seleccione el método de envío: Correo electrónico ☐ Fax ☐ Correo ☐ Recogida ☐

Nombre del centro, otra persona, uno mismo: _____

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

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

Fechas de servicio: De: _____ A: _____

Seleccione el tipo de registro:

☐ Resultados de laboratorio / Patología	☐ Notas de la visita al consultorio clínico	☐ Tratamiento contra las drogas y el alcohol
☐ Informes radiológicos (resonancia magnética, tomografía computarizada, rayos X, ecografía)	☐ Historial y examen físico	☐ Planificación familiar / Salud reproductiva
☐ Imágenes radiológicas en un CD	☐ Resumen de alta	☐ Pruebas genéticas
☐ Imágenes radiológicas vía enlace de correo electrónico (Ambra)	☐ Informe de medicación	☐ Información sobre el VIH/SIDA
☐ Informe de la sala de urgencias	☐ Registro de vacunación	☐ Información sobre la anemia falciforme
☐ Informe de la Clínica de atención de urgencia/ Mountain Clinic	☐ Notas de rehabilitación (fisioterapia/terapia ocupacional/terapia del habla)	☐ ETS / Enfermedades transmisibles
☐ Informe operatorio/de procedimiento Neumología/Cardiología	☐ Formulario de factura/reclamación detallado (UB/1500)	
☐ Otro (especifique):		

☐ **SÍ** o ☐ **NO** doy mi consentimiento para divulgar información relacionada con pruebas o tratamientos psiquiátricos o psicológicos, diagnóstico, pronóstico y tratamiento del abuso de alcohol y/o drogas, y/o resultados de VIH/SIDA, pruebas/resultados genéticos, pruebas/resultados de anemia de células falciformes.

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

Propósito de la divulgación

☐ Tratamiento / Atención médica adicional ☐ Personal ☐ Seguro ☐ Legal ☐ Otro:

Continúa en la página 2



Divulgadores

Firma de reconocimiento y autorización

Al firmar esta autorización, reconozco que he leído este formulario de autorización y entiendo que:

- Puedo negarme a autorizar la divulgación de parte o la totalidad de la información de salud mencionada anteriormente, pero mi negativa puede resultar en un diagnóstico o tratamiento inadecuado, la denegación de cobertura o reclamaciones de beneficios de seguro médico u otro seguro, u otras consecuencias adversas.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, ya sea verbalmente o por escrito, notificándolo a GVH de la manera descrita en el Aviso de Prácticas de Privacidad de GVH, excepto en la medida en que GVH o cualquier otra persona ya haya actuado basándose en ella. Entiendo que mi revocación puede ser la base para la denegación de la cobertura o los beneficios del seguro médico o de otro tipo.
- Existe la posibilidad de que la información divulgada en virtud de esta Autorización pueda ser divulgada nuevamente por el/los destinatario/s de la información y que, como resultado, la información deje de estar protegida.
- Los formularios incompletos no se pueden procesar.
- La entidad que divulga la información puede cobrar una tarifa por la copia de los registros solicitados.
- Una copia, fax o escaneo de esta autorización se considerará tan válido como el original.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización firmada.

ESPERE 10 DÍAS HASTA QUE SE PROCESEN LAS SOLICITUDES DE HISTORIAS CLÍNICAS

Entiendo que este consentimiento vence un año después de la fecha de mi firma, a menos que se especifique lo siguiente: ____/____/____.

Entiendo que puedo revocar el permiso para divulgar mi historial médico en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas para cumplir con dicho permiso. Entiendo que debo notificar por escrito si decido revocar esta autorización antes de la fecha/evento de vencimiento, y la revocación por escrito debe estar firmada y fechada con una fecha posterior a la fecha que figura en esta autorización. Una copia, fax o escaneo de este formulario se considerará tan válido como el original.

Firma del paciente/tutor/representante autorizado* _____

Relación _____ Fecha _____

Autoridad legal del representante autorizado:

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Poder notarial médico duradero | ☐ Tutor | ☐ Curador |
| ☐ Apoderado para la toma de decisiones en materia de atención médica | ☐ Padre/madre de un menor | ☐ Apoderado para la toma de decisiones sobre beneficios de atención médica |
| ☐ Heredero | | |

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

Nombre del empleado que divulga las historias clínicas: _____ Fecha: _____

☐ Enviado por correo ☐ Enviado por fax ☐ Correo electrónico ☐ Recogida