



23500 U.S. Highway 160 West

Walsenburg, CO 81089

Telephone: 719-738-5204 | 719-738-4586

Fax: 719-738-5760

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR U OBTENER INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Origen: Centro Médico Regional de Spanish Peaks

- | | | | | | |
|---|---|---------------------------------------|----------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Spanish Peaks Regional Health Center | <input type="checkbox"/> Spanish Peaks Specialty Clinic | <input type="checkbox"/> Paciente | <input type="checkbox"/> Recoger | <input type="checkbox"/> Fax | <input type="checkbox"/> Correo |
| <input type="checkbox"/> Spanish Peaks Family Clinic/LaVeta | <input type="checkbox"/> Spanish Peaks Ambulance | <input type="checkbox"/> Otra Persona | | | |
| <input type="checkbox"/> Spanish Peaks Women's Clinic | <input type="checkbox"/> Other _____ | <input type="checkbox"/> Centro | | | |

Nombre del Paciente:		Fecha De Nacimiento del Pacient:
Direccion Postal:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Telefono:	Fax:	
Correo Electronico:		

Destino:		
Nombre del destinatario:		
Direccion del destinatario:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Telefono:	Fax:	
Correo Electronico:		

INFORMACIÓN QUE SE VA A COPIAR Y DIVULGAR (MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN):

- Fecha(s) del servicio:** _____
- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Informe de la sala de emergencias | <input type="checkbox"/> Notas de las enfermeras | <input type="checkbox"/> Información respiratoria/Servicios de rehabilitación |
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta médica | <input type="checkbox"/> Registros de medicamentos | <input type="checkbox"/> Información de facturas |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico | <input type="checkbox"/> Órdenes del médico | <input type="checkbox"/> Historia clínica creada en otro centro |
| <input type="checkbox"/> Informes de consultas clínicos/laboratorio | <input type="checkbox"/> Resultados de análisis | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Informes de operaciones | <input type="checkbox"/> Informe radiológico | |
| <input type="checkbox"/> Notas del médico sobre el progreso | <input type="checkbox"/> Imágenes radiológicas | |

AUTORIZO **NO AUTORIZO** a que se divulgue información relativa a pruebas o tratamientos psicológicos o psiquiátricos, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de alcoholismo o drogadicción, o pruebas o resultados del VIH(SIDA), pruebas/resultados genéticos, prueba/resultados de la anemia drepanocítica. *****NOTA: Si no se llena esta sección, no se divulgará, en caso de existir, este tipo de documentos. *****

- MOTIVO DE ESTA DIVULGACIÓN:**
- | | | | |
|--|---|---------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Continuidad de la atención médica | <input type="checkbox"/> Información para reclamo/daños | <input type="checkbox"/> Uso personal | <input type="checkbox"/> Legal |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | |

AUTORIZACIÓN: Por la presente doy permiso al centro de divulgación para divulgar mi información de salud identificable individualmente como se indica anteriormente. Entiendo que una vez que se divulgue esta información, es posible que ya no esté protegida por las normas federales de privacidad y que se vuelva a **divulgar**. Entiendo que esta autorización es voluntaria, que el tratamiento adicional no puede estar condicionado a que yo firme esta autorización. Reconozco que los formularios incompletos no se pueden procesar y puede haber un costo para copiar estos registros.

Entiendo que **este consentimiento vence un año después de la fecha de mi firma**, a menos que se especifique lo contrario de la siguiente manera: _____. Entiendo que puedo retirar 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 proporcionar un aviso por escrito si elijo **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 de esta autorización. Una copia, fax o escaneo de este formulario se considerará tan válida como el original. **Conserve una copia de sus registros para su uso personal.**

También estoy al tanto de que es posible que apliquen cargos, que se detallan a continuación, por servicios de fotocopiado. **NOTA:** Los honorarios/cargos cumplirán con todas las leyes y disposiciones aplicables a la divulgación de información. Las tarifas estándar de copiado son las siguientes:

Para el paciente: \$6.50 todas las páginas (entrega de CD/archivos electrónicos). **Acceso gratuito a todas las páginas** mediante **MyPeakHealth.Net**.

Entrega en papel: 1 a 10 páginas = gratis, 11 a 99 páginas = \$6.50, 100 o más páginas se entregarán de manera electrónica solamente.

Para terceros: \$18.53 (cargos para las páginas de la 1 a la 10) **más** \$0.85 (cada una de las páginas desde la 11 hasta la 40) **más** \$0.57 (cada página desde la 40 en adelante)

Además, un juego inicial de películas radiográficas/CD-ROM puede proporcionarse sin costo alguno para el paciente para derivación con un médico o centro de salud.

~~~~~ **LA TRAMITACIÓN DE LOS DOCUMENTOS SE REALIZA EN 10 DÍAS LABORALES.** ~~~~~

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/representante

\_\_\_\_\_  
Fecha/hora

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha/hora

**Nombre del miembro del personal del SPRHC que divulgará los documentos médicos:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

|                                                        |                              |                        |                 |
|--------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------|-----------------|
| <b>OFFICE USE ONLY: Proof of Identification:</b> _____ |                              |                        |                 |
| Number of pages released: _____                        | Completion Date: _____       | Delivery method: _____ |                 |
| Name of staff working on this request: _____           | Date request received: _____ |                        |                 |
| PT. MRN / Account # _____                              | ROI# _____                   |                        | REV/ March 2025 |