

## Autorización para divulgar información de salud del paciente (PHI, en inglés)

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

Autorizo a Vail Health Behavioral Health a (marcar uno o ambos)  divulgar o  recibir mi PHI de las siguientes entidades:

Médico/Hospital/Establecimiento:
Dirección/Ciudad/Estado/Código postal:
Número de teléfono/Número de fax:

**ENVIAR REGISTROS POR:**  USPS  Correo electrónico seguro  Línea de fax no segura  Recoger personalmente  
 Solo con autorización verbal

**INFORMACIÓN CONFIDENCIAL:** entiendo que mis registros médicos podrían contener información acerca de mi salud mental, terapia psiquiátrica o tratamientos para superar el consumo de drogas o alcohol, así como cualquier resultado de análisis de VIH (sida).

Autorizo la divulgación  No autorizo la divulgación

**INFORMACIÓN QUE PODRÁ DIVULGARSE:**

**Desde la fecha de servicio (mes/día/año):** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- Resumen (resumen del alta, medicamentos después del alta, anamnesis y exploración física, evaluación psiquiátrica, resultados del laboratorio)
- Anamnesis y exploración física  Conciliación de medicamentos  Evaluaciones conductuales
- Evaluación psiquiátrica
- Resumen del alta  Informes de laboratorio  Notas de la clínica de salud conductual  Evaluación psicológica
- Resumen del tratamiento (para pacientes actuales)  Notas de centro ambulatorio/clínica (especificar proveedor): \_\_\_\_\_
- Otros registros (especificar): \_\_\_\_\_  Información de facturación:  Estándar o  pormenorizada

**LA INFORMACIÓN SE EMPLEARÁ PARA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES FINES:**  Continuación de la atención médica  
 Presentación de un reclamo por daños y perjuicios o ante la compañía de seguros  
 Motivos personales  Motivos legales  Por un caso de indemnización laboral o discapacidad  Otro: \_\_\_\_

**Autorización para usar la información de salud confidencial divulgada**

Esta información le ha sido divulgada a partir de registros cuya confidencialidad puede estar protegida por la Ley Federal: "La regulación federal (42 CFR, Parte 2) le prohíbe hacer más divulgaciones de esta información, a menos que dicha divulgación esté expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece, o según lo permitan dichas regulaciones. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente para este propósito. Las Reglas Federales restringen cualquier uso de la información para investigar penalmente o enjuiciar a cualquier paciente de alcohol o drogas". [RM 203, 7.2]

Esta autorización se vencerá en la siguiente fecha o si ocurre el siguiente evento o condición: \_\_\_\_\_. Si no se especifica fecha, evento o condición de vencimiento, **esta autorización vencerá 1 (un) año a partir de la fecha de la firma.** Entiendo que una vez que esta información se haya divulgado, las leyes sobre protección de privacidad dejarán de aplicar al receptor de la información y, por ende, no se podrá prohibir al receptor que vuelva divulgarla. Podré revocar esta autorización en cualquier momento, salvo por las actuaciones realizadas al amparo de dicha autorización.

**Autorización para divulgar información de salud del paciente (PHI, en inglés)**

Entiendo que la autorización es voluntaria y que es posible que incurra en gastos por las copias que se preparen en respuesta a esta solicitud. La copia o un facsímile del presente formulario tendrá la misma validez que el original. **He leído la información que antecede y autorizo la divulgación de mis registros médicos o de facturación según lo que se menciona anteriormente.**

---

**Firma del paciente o su representante**

---

**Fecha**

---

**Nombre en imprenta del paciente o de su representante**

---

**Parentesco con el paciente**

## Autorización para divulgar información de salud del paciente

### Información adicional con respecto a la solicitud

**Esta autorización es voluntaria y el hecho de que firme o no el presente documento no incidirá en el tratamiento prestado por VHBH ni en el pago, la inscripción a servicios ni la posibilidad de recibir beneficios.**

**Solicitud de registros médicos en nombre de otra persona:** si solicita los registros médicos de un tercero, es posible que tenga que brindar documentación adicional a fin de demostrar que tiene el derecho legal para hacerlo. Por ejemplo, cartas de representación, documentos que prueben que se posee tutela de un menor, declaración en la que se juramente ser heredero legítimo, entre otros. Comuníquese con el departamento de **“Medical Records” [Registros médicos] al 970-569-7403** para averiguar cuál es la documentación que se le exige para procesar la solicitud.

**Solicitud de los registros al final de la consulta médica o durante su estancia como paciente en el hospital:** si solicita sus registros médicos durante su estadía en el hospital o al concluirla, debe saber que puede haber informes o documentos faltantes que no se hayan finalizado al momento que reciba los registros solicitados. Dichos registros se considerarán incompletos y preliminares.

**Tiempo de procesamiento:** el tiempo de procesamiento de las solicitudes es de 10 (diez) días hábiles además del tiempo que lleve enviar la documentación. Sin embargo, es posible que lleve al menos 30 (treinta) días procesar su solicitud. A menos que se solicite lo contrario, los registros se enviarán por correo de los EE. UU. Los registros solicitados en caso de urgencia médica se enviarán por fax directamente al médico tratante o al centro médico. Incluya su número de teléfono en la solicitud en caso de que tengamos que ponernos en contacto con usted para obtener más información. Si tiene preguntas sobre las solicitudes de copias de registros médicos, comuníquese con CMM al 970-363-5434.

**El resumen de los registros médicos incluye:** resumen del alta, medicamentos después del alta, anamnesis y exploración física, evaluación psiquiátrica y resultados del laboratorio.

#### En Edwards

320 Beard Creek Road (parte trasera del edificio), 2nd Fl.,

Edwards, CO. 81632

**Horario:** 8 a. m a 4:30 p. m.

**Tel.:** (970) 569-7403    **Fax:** (970) 470-6641

**Correo electrónico:** [Medical.Records@vailhealth.org](mailto:Medical.Records@vailhealth.org)

**You are entitled to receive a copy of this Signed Authorization**