

CENTENNIAL PEAKS HOSPITAL

2255 S. 88th Street, Louisville, CO 80027

Tel.: 303-673-9990 ♦ Fax: 303-666-2097

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombres anteriores/de soltera: _____ Número actual de teléfono: _____
Dirección actual: _____ Últimos 4 números del SS: _____

Información que se divulgará o se solicitará a:

- Mí (dirección arriba indicada)
- _____ (_____) _____
Agencia/organización Número de teléfono Dirección postal
- _____
Nombre/a la atención de Número de fax Ciudad Estado Código postal

Vía (solo cuando se divulga): Por correo postal Por fax En persona Por correo electrónico: _____
 Intercambio verbal de información ÚNICAMENTE

Solicito la divulgación de mi información médica protegida para el siguiente fin:

- Continuación de la atención Determinación de la discapacidad Custodia de los hijos Uso personal
 Enseñanza Investigación legal Facturación/seguro Otros: _____

Fechas del servicio solicitado: _____

Autorizo la divulgación de la siguiente información, incluidos todos los expedientes en los que figuren los trastornos por consumo de sustancias o de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias.

Autorizo la divulgación de la siguiente información, sin incluir ningún expediente en el que figuren los trastornos por consumo de sustancias ni de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias.

Solo autorizo la divulgación de la información y los expedientes indicados a continuación (marque todas las opciones que correspondan o especifique si marca la opción "Otros"):

- Paquete de continuidad/transición de la atención Órdenes del médico
 Evaluación psiquiátrica Informes de laboratorio/diagnóstico
 Antecedentes y examen físico Resultados de las pruebas del VIH y registros del tratamiento del SIDA
 Resumen del alta Otros: _____
 Notas sobre la evolución

La presente autorización vence el ____/____/20____. (Si no se indica la fecha, la autorización vence un año después de la fecha de la firma).

Este formulario debe completarse en su totalidad antes de firmarlo:

Firma del paciente (necesaria para personas mayores de 15 años)

Fecha de la firma

Firma del padre, de la madre o
del tutor legal (si procede)

Parentesco con el paciente

Firma/credenciales del testigo

Fecha de la firma

Con esta autorización, Centennial Peaks Hospital tiene el permiso de divulgar información, tanto escrita como verbal, para el fin específico y la validez de la divulgación, y en el mejor interés del paciente. En esta divulgación de información, se demuestra el cumplimiento de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés), las normas de privacidad de la información de salud individualmente identificable (normas de privacidad), los títulos 160 y 164 de la sección 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés), así como todas las regulaciones federales y directrices interpretativas promulgadas en virtud de esta. Se prohíbe que el destinatario divulgue a su vez la información protegida por la normativa federal que regula la confidencialidad de los expedientes de los pacientes con problemas de consumo de drogas o alcohol (título 42 del CFR, parte 2) sin una autorización específica para hacerlo.

Usted tiene derecho a revocar esta autorización, mediante solicitud escrita, en cualquier momento. Las excepciones a esto se pueden revisar en el aviso de prácticas de privacidad. La revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Una vez divulgada la información anterior, el destinatario puede volver a divulgarla y, por ende, la normativa federal puede dejar de protegerla. Su derecho a inspeccionar y recibir una copia de la información que se va a divulgar. Si opta por no firmar esta autorización, no podrá lograrse el fin indicado antes. El tratamiento o el pago de los servicios no están condicionados a la firma de esta autorización. Es posible que la generación de una copia de mis datos para el trámite de esta solicitud conlleve el pago de una cuota.

Firma de la revocación

Fecha y hora