

Autorización para usar o divulgar información de salud protegida

Nombre del paciente _____
 Fecha de nacimiento _____ # del seguro social _____ # de teléfono _____
 Dirección _____

Solicitar información DE:

Nombre _____
 # de teléfono _____ # de fax _____
 Dirección _____

Liberar información A:

Nombre _____
 # de teléfono _____ # de fax _____
 Dirección _____

Información que será liberada:

Fechas: De _____ a _____
 Historial y examen físico _____
 Reporte de laboratorio _____
 Reporte de rayos X _____
 Reporte de consulta _____
 Otro _____

Propósito de la divulgación:

Historial y examen físico Segunda opinión
 Reporte de laboratorio Legal
 Reporte de rayos X Seguro médico
 Reporte de consulta Escuela
 Otro _____

Entiendo que esta información de salud puede incluir datos relacionados al VIH y/o acerca del diagnóstico o tratamiento de discapacidades psiquiátricas y/o de abuso de sustancias y que al firmar esta forma, estoy específicamente autorizando la liberación de información en relación a:

- Abuso de sustancias (incluyendo abuso de alcohol o drogas)
- Salud mental
- Notas de psicoterapia
- Información relacionada al VIH (incluyendo pruebas de SIDA)

La confidencialidad de estos expedientes se requiere bajo el Título 42 del código de los Estados Unidos. Este material no deberá ser transmitido a nadie sin consentimiento o autorización por escrito como se provee en este estatuto.

X
 Firma del padre o tutor legal _____ Fecha _____

1. Entiendo que esta autorización expirará dos años después de la fecha de mi última cita. Una fotocopia de esta forma será considerada tan válida como la original.
2. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando al oficial de privacidad de Northwest Colorado Visiting Nurse Association a la dirección que se indica abajo, por escrito, y esta autorización dejará de ser efectiva en la fecha que se notificó, excepto en la medida que ya se haya tomado acción en dependencia de ésta.

Northwest Colorado Health
Attn: Privacy Officer
940 Central Park Drive, Suite 101
Steamboat Springs, CO 80487

3. Entiendo que la información usada o divulgada conforme esta autorización podría estar sujeta a que el destinatario la vuelva a divulgar y ya no estar protegida por las regulaciones de privacidad federales. Sin embargo, otra ley estatal o federal podría prohibir al destinatario divulgar información especialmente protegida, tal como la relacionada al tratamiento para el abuso de sustancias, al VIH/SIDA, o la salud psiquiátrica/mental.
4. Mi atención médica y el pago de ésta no se verán afectados si no firmo esta forma.
5. Entiendo que mi negativa a firmar esta autorización no pondrá en peligro mi derecho a obtener tratamiento actual o a futuro para discapacidades psiquiátricas, excepto donde divulgar la información sea necesario para el mismo.
6. Por la presente autorizo a Northwest Colorado Health para que use o divulgue mi información de salud protegida como se indicó. Entiendo que por petición mía recibiré una copia de esta forma después de haberla firmado.

Al firmar abajo, reconozco que he leído y entiendo esta autorización.

 Firma del paciente Fecha

 Padre/tutor legal/persona autorizada Fecha

 Expediente recibido por Fecha

 Relación con el paciente