NORTHWEST COLORADO HEALTH

Autorización para el uso y divulgación de información de salud protegida

Médica y/o dental

En Northwest Colorado Health valoramos su privacidad. Legalmente no podemos darle a nadie (ni a usted) información de su expediente médico por escrito sin un consentimiento específico. Necesitamos que cada pregunta en esta forma esté contestada para poder compartir su información. Trabajaremos en su petición lo antes posible, pero pudiera tomarse hasta 48 horas hábiles para quedar terminada.

Sus datos

Información del paciente:
Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ # del Seguro Social_____
Dirección: _____ # de teléfono_____

La información del expediente médico

Solicitar la información DE: *Favor de poner toda la información que conozca* ☐ **Northwest Colorado Health**
Nombre o Agencia _____
Número de teléfono _____Número de fax _____
Dirección _____ Ciudad/Estado _____

Liberar la información A: *Favor de poner toda la información que conozca*
☐ **A mí, soy el paciente o su tutor legal** ☐ **A Northwest Colorado Health** ☐ **A alguien más**
Nombre_____
Número de teléfono_____Número de fax _____
Dirección _____

Información que será liberada: ☐**MÉDICA** ☐ **DENTAL**
Fechas: de_____ a_____
☐ TODAS las fechas
☐ Notas de la cita del_____
☐ Reporte de los análisis del _____
☐ Reporte de la radiografía del_____
☐ Otra_____

Propósito de la divulgación:
☐ Para una segunda opinión
☐ Para un asunto legal
☐ Para mi seguro
☐ Para la escuela
☐ Para cambiar a otro proveedor de atención primaria
☐ Otro: _____

Casos especiales

Entiendo que esta información de salud podría incluir la relacionada al VIH y/o al abuso de sustancias y, que al firmar esta forma, estoy autorizando que liberen específicamente la que tenga que ver con:

☐El abuso de sustancias (que incluye el abuso de alcohol o drogas) ☐ El VIH (incluyendo lo relacionado a las pruebas del SIDA)

Entiendo que, si también vi a un proveedor de salud emocional y conductual por el abuso de sustancias, se requiere llenar una segunda autorización para esa información.

La confidencialidad de esta información 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 dispone en este estatuto.

X _____
Firma del paciente, padre o madre, o tutor legal **Fecha**

Firma

1. Entiendo que esta autorización se vencerá dos años a partir de la última fecha en que me atendieron. Una fotocopia de esta forma será considerada tan válida como la original.
2. I tiendo que puedo revocar esta autorización por escrito, en cualquier momento, notificando al Oficial de Privacidad de Northwest Colorado Visiting Nurse Association a la dirección que se indica a continuación. Esta autorización dejará de ser efectiva en la fecha en que se nos notifique, excepto al grado que ya se haya tomado una acción apoyándonos en ella.

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

3. Entiendo que la información que se use o divulgue de conformidad con esta autorización pudiera estar sujeta a volver a ser divulgada por el destinatario y ya no estar protegida por las leyes de privacidad federales. Aunque, otras leyes estatales o federales podrían prohibirle al destinatario divulgar la especialmente protegida, como la del tratamiento para el abuso de sustancias, VIH/SIDA y la psiquiátrica o de salud mental.
4. Mi atención médica y el pago de mi cuidado 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 para discapacidades psiquiátricas, ahora o a futuro, excepto cuando sí sea necesario divulgar información para el tratamiento.
6. Por la presente autorizo a Northwest Colorado Health a usar o divulgar mi información de salud protegida como se indica. Entiendo que, a petición mía, recibiré una copia de esta forma después de firmarla.

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

_____ _____
Firma del paciente **Fecha** **Persona que recibió la información** **Fecha**

_____
Parentesco, si usted no es el paciente