

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> University of Colorado Hospital 12401 E. 17th Avenue -Box A025, Aurora, CO 80045 (720) 848-1031 Phone (720) 848-5551 Fax | Nº de registro médico Nombre del paciente |
| <input type="checkbox"/> UCH Psychiatric Services (720) 848-6190 (720) 848-5549 Fax | Fecha de nacimiento No. de seguro social: |

AUTORIZACIÓN PARA ENTREGAR Y/O SOLICITAR INFORMACIÓN DEL PACIENTE

| | | | | | |
|---------------------------------------|--------|---------------|----------------------------------|--------|---------------|
| OBTENER DE: (Instalación que entrega) | | | ENTREGAR A: (Entidad que recibe) | | |
| Nombre | | | Nombre | | |
| Dirección | | | Dirección | | |
| Ciudad | Estado | Código postal | Ciudad | Estado | Código postal |
| Teléfono | | Fax | Teléfono | | Fax |

Por medio de este documento autorizo a la entidad que entrega para que divulgue mi información médica identificable indicada más abajo. Entiendo que una vez que esta información sea entregada no será protegida por University of Colorado Hospital. Entiendo que esta autorización es voluntaria, que el tratamiento futuro no puede estar sujeto a la firma de esta autorización y que podría haber un cargo por copiar los registros.

Fecha de rango de servicio(mensual/anual) Desde: _____ **Hasta:** _____
INFORMACION PARA SER REVISADA: DURANTE LA ADMISION/VISITA DEL PACIENTE
DEPARTAMENTO INTERNO DE INFORMACION DE SALUD

INFORMACION A ENTREGAR (MARQUE TODOS LOS QUE SEAN APLICABLES):

| | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Informe de la sala de emergencias | <input type="checkbox"/> Tratamiento de salud mental | <input type="checkbox"/> Información genética |
| <input type="checkbox"/> Informe de alta | <input type="checkbox"/> Tratamiento de alcoholismo/drogadicción | <input type="checkbox"/> VIH / SIDA |
| <input type="checkbox"/> Informe operativo | <input type="checkbox"/> Informes de radiología | <input type="checkbox"/> Radiografías en poder del Departamento de radiología |
| <input type="checkbox"/> Historia clínica y examen físico | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio | Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Notas de evolución | <input type="checkbox"/> Otros resultados de pruebas: | _____ |
| <input type="checkbox"/> Registro de vacunas | | _____ |

LA INFORMACIÓN SE USARÁ PARA:

_____ Continuidad de la atención médica _____ Información de daños/reclamación _____ Uso personal

Otros: _____

AUTORIZACIÓN: Entiendo que puedo revocar esta autorización para entregar mis registros médicos en cualquier momento, salvo que se hayan tomado medidas en cumplimiento de la misma. Entiendo que esta autorización caducará 180 días después de la fecha de mi firma, a no ser que yo entregue una notificación por escrito revocándola. También entiendo que la revocación escrita debe ser firmada y fechada en una fecha posterior a este documento. Se considerará una copia fiel de este formulario tan válida como el original.

Firma del paciente o representante autorizado

Fecha de la firma

Nombre en letra imprenta

Relación con el paciente (si es aplicable)

RECONOCIMIENTO DEL ACCESO AL HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE

Por medio de la presente reconozco que yo, el paciente/representante autorizado he revisado _____ y/o recibido _____
_____ fotocopias de los registros médicos de University of Colorado Hospital para el paciente indicado arriba.

Fecha Firma

Fecha Firma del testigo