



# Valley-Wide Health Systems, Inc.

128 Market Street  
Alamosa, CO 81101

## AUTORIZACIÓN DE DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

1. Yo autorizo a Valley-Wide Health Sytems a divulgar información de salud de la persona nombrada a continuación.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Número de Expediente Médico \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

2. Yo autorizo que la información sea divulgada y utilizada por el siguiente individuo u organización.

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono \_\_\_\_\_ Número de Fax \_\_\_\_\_

3. El tipo y cantidad de información divulgada será la siguiente: (especificar fechas donde es apropiado)

Lista de Medicamentos

Tarjeta de Vacunas

Laboratorio mas Reciente

Radiografía mas Reciente

Cita mas Reciente

Fecha de Servicios Especifica \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

Rango de Fechas Especifico:

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Propósito de la

Divulgación: \_\_\_\_\_

Expediente Médico Completo (incluyendo CDC\*)

Formato Electrónico

Formato de Papel

Transferencia Completa de Cuidado (incluyendo CDC\*)

**Firma de Aprobación de Proveedor Fecha**

\* Definición de Registró de Continuidad de Cuidado (CDC) – Resumen Electrónico parcial o toda la información medica contenida en el registro electrónico de salud. Diseñado para permitir la facilidad de transferencia de atención de una entidad a otra y potencialmente podría ser importado en otro registro de salud electrónico.

\*\*\*

4. Yo entiendo que la información divulgada por esta autorización puede incluir información sobre el tratamiento físico, enfermedad mental, alcohol/abuso de drogas y antecedente médicos.

5. Yo entiendo que esta autorización vencerá, sin mi revocación expresa, ya sea un año de la fecha de firma, o si soy menor de edad, en la fecha que me convierto en un adulto según la ley del estado, lo que ocurra primero. Yo entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento excepto al extenso se ha tomado acción basada en el. Yo entiendo que la revocación no se aplicara a la información que ya ha sido revelada/divulgado como especificado por esta autorización o a mi compañía de seguro cuando la ley establece mi asegurador con derecho a impugnar una reclamación bajo mi póliza o en la póliza en si mismo.

6. Yo entiendo que la autorización para la divulgación de esta información de salud es voluntaria y puedo negarme a firmar esta autorización. VWHS no puede condicionar tratamiento, pago, e inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios al firmar una autorización, excepto según lo que es permitido por la ley. Yo entiendo que cualquier divulgación de información lleva consigo la posibilidad de una re-divulgación no autorizada y la información no puede estar protegida por las normas/reglas de confidencialidad federales.

7. Yo acepto toda la responsabilidad financiera de tarifas por copias. Por el Departamento de Salud Publico y Regulaciones del Medio Ambiente, la cuota para copiar documentos solicitados es \$16.50 para las primeras diez paginas, \$.75 por paginas 11 a 40 y \$.50 por cada pagina mas de 40. Envío e impuesto sobre ventas es aplicable también y será cobrado. No hay ningún cargo por registros enviados a otro proveedor de atención médica.

Firma del Paciente o Representante personal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Representante Personal {letra despegada} y  
Relación {Por favor adjunte documentos legales aplicables  
de autoridad}

Fecha \_\_\_\_\_

For Office Use:

Verification of Photo ID \_\_\_\_\_ Verified by \_\_\_\_\_

Revised: January 2013