



# Valley-Wide Health Systems, Inc.

128 Market Street  
Alamosa, CO 81101

## AUTORIZACION DE DIVULGAR INFORMACION DE SALUD

1. Yo autorizo \_\_\_\_\_, Direccion: \_\_\_\_\_  
Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fax: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

A divulgar información de salud del individuo nombrado a continuación:

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

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: Valley Wide Health Systems Inc.

Dirección: 128 Market Street

Ciudad: Alamosa Estado: CO Código Postal: 81101

Numero de Teléfono: (719) 589-5161 Numero de Fax: (866) 257-8195

3. El tipo y cantidad de información a ser divulgada es la siguiente: (especifique fechas donde/cuando es apropiado)

Lista de Medicamentos  Fecha Especifica de Servicio  / /

Propósito de Divulgación: \_\_\_\_\_

Registro de Vacunas/Tarjeta de Vacunas  Rango de Fecha Especifico:  / / a / /

Laboratorio mas Reciente  Otro: \_\_\_\_\_

Radiografía mas Reciente  Expediente Medico Completo

Cita mas Reciente

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 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. 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.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Personal Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de Representante Personal (en letra pequeña) y Relación  
(Por favor, adjunte documentación legal aplicable de autoridad)

\_\_\_\_\_  
Fecha