

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Últimas 4 del SSN	Contacto/Número telefónico																
Por medio del presente autorizo al establecimiento de Axis Health System que aparece a continuación para que divulgue/entregue la Información protegida de la salud que se indica en este formulario a la organización, organismo o individuo nombrados. <input type="checkbox"/> Por escrito <input type="checkbox"/> Oral																			
Divulgación <input type="checkbox"/> De <input checked="" type="checkbox"/> A: Axis Health System																			
Columbine Center PO Box 1328, Durango, CO 81302		T 970.259.2162	F 970.247.7885																
Cortez Integrated Healthcare 691 E. Empire St, Cortez, CO 81321		T 970.565.7946	F 970.565.9005																
Crossroads ATU 1125 Three Springs Blvd, Durango, CO 81301		T 970.403.0182	F 970.403.0191																
Crossroads Detox 1125 Three Springs Blvd, Durango, CO 81301		T 970.259.8732	F 970.259.8734																
Crossroads RCT 1125 Three Springs Blvd. Durango, CO 81301		T 970.403.0180	F 970.403.0190																
La Plata Integrated Healthcare 1970 E 3 rd Ave, Unit 1 Lower Level, Durango, CO 81301		T 970.335.2288	F 970.335.2280																
Oral Health Clinic 2530 Colorado Ave, Unit 1A, Durango, CO 81301		T 970.335.2442	F 970.335.2402																
Archuleta Integrated Healthcare 185 Suttle St., Durango, CO 81301 (mailing address)		T 970-264-2104	F 970.264.2108																
Divulgación <input type="checkbox"/> De <input checked="" type="checkbox"/> A: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Proveedores tratantes, todos los actuales y futuros <input type="checkbox"/> Organización, agencia, individuo: _____ Dirección de correo postal: _____ Ciudad, Estado, Código postal: _____ 																			
Tipo de divulgación autorizada e instrucciones de entrega: <input type="checkbox"/> Enviar la historia clínica directamente a la dirección anterior <input type="checkbox"/> Enviar la historia clínica por fax a: _____ <input type="checkbox"/> Llamar para recoger la historia clínica: _____ <input type="checkbox"/> CD (es necesaria una dirección de correo electrónico para la contraseña y descarga del software): _____																			
Fechas de tratamiento:) Fechas del: _____ al _____																			
Objetivo de la divulgación: La información se puede divulgar para fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica y los siguientes fines <input type="checkbox"/> A solicitud del paciente <input type="checkbox"/> Para continuar la atención <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Coordinación entre varias agencias <input type="checkbox"/> Testimonio <input type="checkbox"/> Otro: _____																			
Tipo de información que se ha de divulgar: <input type="checkbox"/> Atención primaria <input type="checkbox"/> De salud mental/Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Uso de sustancias <input type="checkbox"/> Dental																			
Información protegida de la salud que se ha de divulgar: <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Apuntes del encuentro/del progreso o apuntes de la consulta</td> <td><input type="checkbox"/> Antecedentes de servicios</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Asistencia</td> <td><input type="checkbox"/> Vacunas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Saldo/Pago</td> <td><input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Evaluación de diagnóstico/Actualización de evaluación</td> <td><input type="checkbox"/> Medicamentos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Resumen del alta</td> <td><input type="checkbox"/> Lista de problemas</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Plan de tratamiento/Servicios</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Historia completa</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Otro: _____</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Apuntes del encuentro/del progreso o apuntes de la consulta	<input type="checkbox"/> Antecedentes de servicios	<input type="checkbox"/> Asistencia	<input type="checkbox"/> Vacunas	<input type="checkbox"/> Saldo/Pago	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio	<input type="checkbox"/> Evaluación de diagnóstico/Actualización de evaluación	<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Resumen del alta	<input type="checkbox"/> Lista de problemas		<input type="checkbox"/> Plan de tratamiento/Servicios		<input type="checkbox"/> Historia completa		<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Apuntes del encuentro/del progreso o apuntes de la consulta	<input type="checkbox"/> Antecedentes de servicios																		
<input type="checkbox"/> Asistencia	<input type="checkbox"/> Vacunas																		
<input type="checkbox"/> Saldo/Pago	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio																		
<input type="checkbox"/> Evaluación de diagnóstico/Actualización de evaluación	<input type="checkbox"/> Medicamentos																		
<input type="checkbox"/> Resumen del alta	<input type="checkbox"/> Lista de problemas																		
	<input type="checkbox"/> Plan de tratamiento/Servicios																		
	<input type="checkbox"/> Historia completa																		
	<input type="checkbox"/> Otro: _____																		
Segunda divulgación: Entiendo que si he autorizado la divulgación de la información de la salud mía a alguien que no tiene obligación legal de mantenerla privada, se puede divulgar de nuevo, y yo ya no quedo protegido. Entiendo que tengo el derecho a la confidencialidad y a la protección de mi historia clínica del uso de sustancias y del VIH/SIDA (C.F.R. 42 Parte 2, C.R.S 25.1, HIPAA), excepto cuando se requiera o se permita legalmente y la información no se debe divulgar sin mi consentimiento por escrito.																			
Derecho a revocar: Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento y que lo debo hacer por escrito. Si revoco esta autorización, esto no afectará de ninguna manera la información que se haya divulgado antes de recibir la revocación.																			
Fecha de vencimiento: Sin mi revocación por escrito, esta autorización vence automáticamente en dos años o _____, lo que ocurra primero. Indicar el evento o la fecha																			
Autorización: Certifico que esta solicitud se hace de manera voluntaria y que, a mi mejor saber y entender, la información suministrada anteriormente es certera. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que si me niego, esto no afectará mi capacidad para recibir tratamiento, a menos que el tratamiento sea requerido por orden del tribunal. Comprendo que me pueden cobrar por las copias de mi historia médica. Puedo solicitar una copia de esta autorización firmada en cualquier momento. Si tengo preguntas relacionadas con la divulgación de la información de la salud mía, puedo comunicarme con el Funcionario de Privacidad (Privacy Officer).																			
Reconocimiento: Comprendo los términos y condiciones de este consentimiento y que, si lo solicito, puedo obtener información sobre las divulgaciones. Entiendo que la información que se va a divulgar puede incluir parte o toda la información relacionada con enfermedades contagiosas o venéreas, afecciones de salud mental o psiquiátricas, trastornos del uso de sustancias, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o la planificación familiar/anticonceptivos. Si no desea que se divulgue alguna de la información descrita anteriormente, indíquelo a continuación:																			
Tipo de información que se debe excluir: _____ Iniciales: _____																			
Firma del paciente (*Representante/Padre/Madre/Tutor legal)		Fecha																	
*Al firmar como Representante/Padre/Madre/Tutor legal, declaro que tengo la autoridad legal para hacerlo y que mi capacidad para firmar en nombre del paciente no ha sido limitada ni restringida ni voluntariamente ni mediante procesos jurídicos. Se puede solicitar la verificación de los documentos legales.																			
Nombre del individuo que firma en nombre del paciente en letra de molde		Relación con el paciente																	
Revocación: Revoco mi autorización para este uso y divulgación de la información de la salud mía.																			
Firma del paciente (*Representante/Padre/Madre/Tutor legal)		Fecha																	
(Solamente para uso de AHS) Verificación de la firma: <input type="checkbox"/> Licencia de conducir <input type="checkbox"/> Otro documento de identificación emitido por el estado o documento firmado antes en el expediente																			
(Solamente para uso de AHS) N°. del Paciente _____																			