AXISHealth System

Formulario de autorización del paciente para divulgar información de salud protegida

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Últimos 4 dígitos SS#	Contacto/Número de teléfono

Por el presente, autorizo al establecimiento de **Axis Health System** indicado a continuación a divulgar o dar a conocer la información de salud protegida que se indica en este formulario a la organización, la agencia o al individuo nombrados. ☐Escrito ☐Oral

Divulgación ☐De ☐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 3rd Ave, Unit 1 Lower Level, Durango, CO 81301	**T** 970.335.2288	**F 970.335.2280**
	Oral Health Clinic 2530 Colorado Ave., Suite A, Durango, CO 81301	**T** 970.335.2442	**F 970.335.2402**
	Archuleta Integrated Healthcare PO Box 1347, Pagosa Springs, CO 81147	**T** 970.264.2104	**F 970.264.2108**

Divulgación ☐De ☐A:

☐ Proveedores tratantes, todos los actuales y futuros, ubicados en: _____

☐ Organización o agencia: _____ Persona o Cargo: _____

Dirección de correo postal: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Tipo de divulgación autorizada e instrucciones de entrega: ☐Enviar los registros directamente a la dirección antes indicada

☐Enviar los registros por fax a: _____ ☐Llamar para recoger los registros: _____

☐Email:_____ ☐Otro: _____

Fechas de tratamiento:

Desde:_____ hasta _____

Objetivo de la divulgación: Será posible divulgar la información con fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica y con los siguientes fines: ☐A pedido del paciente ☐Continuidad de la atención ☐Legal ☐Seguro ☐Coordinación entre múltiples agencias ☐Testimonio ☐Otro:_____

Tipo de información a ser divulgada: ☐Atención primaria ☐Salud mental/psiquiátrica ☐Abuso de sustancias ☐Dental

Información de salud protegida a ser divulgada:

☐Asistencia
☐Saldo/pago
☐Evaluación de diagnóstico/actualización de evaluación
☐Resumen del alta
☐Notas del encuentro/progreso o notas de la consulta
☐ Vacunas
☐ Resultados de laboratorio
☐ Medicamentos
☐ Lista de problemas
☐ Plan de tratamiento/servicio
☐ Registro completo
☐ Otro: _____

Nueva divulgación: Comprendo que, si he autorizado la divulgación de mi información de salud a una persona que no tiene obligación legal de mantenerla en privado, es posible que sea divulgada nuevamente y que ya no esté protegida. Comprendo que tengo derecho a la confidencialidad y protección de mis registros relativos al abuso de sustancias y VIH/sida (C.F.R. 42 Parte 2, C.R.S 25.1, HIPAA), salvo si se exige o se permite legalmente, y que la información no será divulgada sin mi consentimiento escrito.

Derecho a revocar: Comprendo que tengo derecho a revocar por escrito esta autorización en cualquier momento. En caso de hacerlo, esto no afectará de ninguna manera la información divulgada antes de recibir la revocación.

Vencimiento: Sin mi revocación por escrito, esta autorización vence automáticamente en dos años o _____, lo que ocurra primero.
Indicar evento o fecha

Autorización: Certifico que esta solicitud se realiza de manera voluntaria y que, a mi leal saber y entender, la información indicada anteriormente es correcta. Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que, en caso de hacerlo, no afectará mi capacidad para recibir tratamiento, a menos que el tratamiento sea exigido por una orden judicial. Comprendo que se puede cobrar un cargo por las copias de mis registros médicos. Puedo solicitar una copia de esta autorización firmada en cualquier momento. Si tengo preguntas relacionadas con la divulgación de mi información de salud, puedo comunicarme con el funcionario de privacidad.

Reconocimiento: Comprendo los términos de este consentimiento y que, si así lo solicito, puedo obtener información sobre las divulgaciones. Comprendo que la información a ser divulgada podrá incluir información, total o parcial, relativa a enfermedades contagiosas o venéreas, afecciones de salud mental o psiquiátricas, trastornos de abuso de sustancias, virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) o planificación familiar/anticoncepción. Si no desea que se divulgue la información antes descripta, indíquelo a continuación: Tipo de información a ser excluida: _____ Iniciales: _____

_____ _____

Firma del paciente (*representante/padre/madre/tutor legal) Fecha

* Al firmar en carácter de representante/padre/madre/tutor legal, declaro que tengo la facultad legal para hacerlo y que mi capacidad para firmar en nombre del paciente no ha sido limitada ni restringida voluntariamente ni a través de un proceso legal. Se puede solicitar la verificación de la documentación legal.

_____ _____

Nombre en letra de imprenta de la persona que firma en nombre del paciente Relación con el paciente

Revocación: Revoco mi autorización para este uso y la divulgación de mi información de salud.

_____ _____

Firma del paciente (*representante/padre/madre/tutor legal) Fecha

(**Para uso exclusivo de AHS**) Verificación de la firma: ☐Licencia de conducir ☐ Otro documento de identificación emitido por el estado o documento firmado anteriormente en la historia clínica.

(Para uso exclusivo de AHS) Paciente núm. _____