

<b>Nombre del paciente</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	Últimos 4 dígitos del N.º de Seguro Social:	<b>N.º de teléfono</b>
----------------------------	----------------------------	---	------------------------

Por medio de la presente, autorizo a **Axis Health System a divulgar/dar a conocer** la Información de salud protegida que se indica en este formulario a la organización, agencia o individuo nombrados. **También autorizo la divulgación de mi información de salud protegida a Axis Health System por parte de cualquier profesional de la salud, centro médico u otro proveedor de servicios de salud** que me haya proporcionado un pago, un tratamiento o unos servicios a mí o en mi nombre.  Solo autorizo la divulgación verbal.

**Divulgar a:**

Nombre de la persona, del proveedor o de la organización:	N.º de teléfono
---	-----------------

**Método de entrega:**

<input type="checkbox"/> Dirección de correo electrónico encriptado: _____	<input type="checkbox"/> Número de fax: _____
<input type="checkbox"/> Dirección de correo postal: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____	<input type="checkbox"/> Llamar para recoger: N.º de teléfono: _____ Sede de Axis para recoger: _____

**Propósito de la divulgación:**

A petición del paciente  Continuidad de los cuidados  Legal  Seguro  Testimonio  Otro: \_\_\_\_\_

**Tipo de información:**

Atención Primaria  Salud Mental/Psiquiatría  Uso de sustancias  Odontología

Fechas de tratamiento De: \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

**Información a divulgar:**

**Solo los registros de salud pertinentes:** Notas de la cita/Progreso, Evaluación diagnóstica/Actualización de la evaluación, Resumen de alta, Tratamiento/Plan de servicio, Laboratorio/Patología/Radiología/Informes de diagnóstico

O Documentos específicos:

<input type="checkbox"/> Asistencia	<input type="checkbox"/> Notas de la cita/Progreso o Notas de la visita	<input type="checkbox"/> Tratamiento/Plan de servicio
<input type="checkbox"/> Registros de facturación	<input type="checkbox"/> Inmunizaciones	<input type="checkbox"/> Registro completo
<input type="checkbox"/> Evaluación diagnóstica/Actualización de la evaluación	<input type="checkbox"/> Resultados del laboratorio	<input type="checkbox"/> Lista de problemas
<input type="checkbox"/> Resumen del alta	<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Otro: _____

**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 la negativa no afectará mi capacidad de obtener tratamiento, a menos que este sea requerido por una orden judicial. Asimismo, comprendo que se puede cobrar una tarifa por las copias de mi historial médico. 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. **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 por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). 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. **Reconocimiento:** Comprendo que la información que se divulgará puede 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), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o a planificación familiar/anticonceptivos. **Derecho de revocar:** Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando mi solicitud por escrito al Departamento de Manejo de Información de Salud. Si revoco esta autorización, no tendrá ningún efecto sobre la información revelada antes de que Axis Health System recibiera la revocación. **Vencimiento:** Sin mi revocación por escrito esta autorización caduca dos (2) años después de la fecha de mi firma, a menos que se especifique una fecha diferente aquí: \_\_\_\_\_, lo que ocurra primero. Las copias son tan válidas como el documento original.

**Firma y fecha**

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Paciente (\*Representante/Padre/Madre/Tutor legal)

\*Declaro que tengo la autoridad legal para firmar en nombre del paciente y que mi capacidad no ha sido limitada/restringida voluntariamente ni a través de un proceso legal. Se puede solicitar la verificación de la documentación legal.

Relación (si no es el paciente): \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que firma en nombre del paciente: \_\_\_\_\_

**Uso solo para AHS:** N.º de paciente \_\_\_\_\_ Verificación de firma:  Licencia de conducir  Identificación/documento firmado en el registro

**Personal que ayuda a llenar el formulario:** \_\_\_\_\_