

<b>Nombre del paciente</b>		<b>Fecha de nacimiento</b>	
Número de teléfono		Correo electrónico	

- Fecha de los expedientes a divulgar:  Últimos 2 años  El/desde (fecha) \_\_\_\_\_ hasta (fecha) \_\_\_\_\_
- Este formulario expira automáticamente dos años después de la fecha de firma o cuando se revoque (cancele), si no se indica ninguna fecha o evento.

Identifique una expiración alternativa de este formulario:  Fecha o evento \_\_\_\_\_

Autorizo (permiso) a Axis Health System a:  enviar  recibir  intercambiar (marque todo lo que corresponda) mi información médica a/de/con:

Persona u organización:		
Número de teléfono:		
Entrega a través de:	<input type="checkbox"/> correo electrónico: _____	<input type="checkbox"/> comunicación verbal
	<input type="checkbox"/> fax: _____	correo postal: _____

- Finalidad de la divulgación:  Solicitud del paciente  Legal  Seguro  Otros: \_\_\_\_\_
- Tipo de información:  **Todos** o:  Atención primaria  Salud mental/psiquiatría  Odontología  Programa de consumo de sustancias  
(protegido por el Título 42 del CFR Parte 2)
- Tipo de expedientes médicos:  **Expedientes médicos esenciales:** Notas de encuentro/progreso, evaluación diagnóstica/actualización de la evaluación, resumen del alta, plan de tratamiento/servicio, informes de laboratorio/patología/radiología/diagnóstico

O expedientes específicos:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asistencia   | <input type="checkbox"/> Notas de encuentro/progreso o notas de consulta | <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento/servicio     |
| <input type="checkbox"/> Expedientes de facturación                         | <input type="checkbox"/> Vacunaciones                                    | <input type="checkbox"/> Conjunto completo de expedientes |
| <input type="checkbox"/> Actualización de evaluación/valoración diagnóstica | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio                       | <input type="checkbox"/> Lista de problemas               |
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta                                   | <input type="checkbox"/> Medicamentos                                    | <input type="checkbox"/> Otros: _____                     |

#### Entiendo que:

- Si deseo revocar (cancelar) mi consentimiento en cualquier momento, debo escribir al Departamento de Gestión de la Información Médica. La revocación (cancelación) de este formulario afectará las futuras divulgaciones de mis expedientes; no afectará los expedientes divulgados anteriormente por Axis.
- No estoy obligado a firmar este formulario para recibir tratamiento, inscribirme o acceder a los beneficios de Axis. Si un tribunal requiere la divulgación de mis expedientes como parte de la recepción de servicios de Axis, entiendo que se me pedirá que prepare un consentimiento por separado para la divulgación al sistema de justicia penal.
- Puedo solicitar una copia de este formulario en cualquier momento, y una copia es válida como el original.
- Es posible que el destinatario vuelva a divulgar mis expedientes y que estos dejen de estar protegidos por la ley (HIPAA, Título 42 del CFR Parte 2, CRS 25.1).
- Los expedientes del programa de tratamiento por consumo de sustancias protegidos por el Título 42 del CFR Parte 2 no podrán ser usados ni divulgados en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en mi contra sin mi consentimiento por escrito o una orden judicial.
- Los expedientes divulgados en virtud de este formulario pueden incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual (ETS), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH), servicios de salud conductual o mental y tratamiento del consumo de alcohol o drogas.
- **Al firmar a continuación, declaro que tengo autoridad legal para firmar por mí o en nombre del paciente. Es posible que se me solicite documentación para verificar mi autoridad para firmar este formulario.**

**Firma** del paciente, tutor legal o representante personal

**Fecha**

Nombre en letra de imprenta (obligatorio si firma en nombre del paciente)

Relación con el paciente (obligatorio si firma en nombre del paciente)