

PATIENT LABEL:
PLACE WITHIN BOUNDARIES FOR
SCANNING PURPOSES

**AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR LA
INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**
(AUTHORIZATION TO RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION)

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Yo, _____, autorizo Longmont United Hospital para revelar a:
(Paciente o Representante Legal)
Nombre: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____ Ciudad, Estado, Zona Postal _____

1. _____ La siguiente protegida información del cuidado de salud; de las fechas especificadas: De: _____ A: _____
 SOLO la información específica siguiente: Historia / Físico Resumen de Alta Reporte Operativo Reporte de Patología
 Reporte del Laboratorio Reporte de Emergencias Otro (especifique) _____

2. _____ Todo el expediente de servicio médico de las fechas especificadas: De: _____ A: _____

Por favor escriba sus iniciales entiendo que la información revelada según esta autorización puede incluir información relacionada a lo siguiente, a menos que específicamente se restringiera abajo:

_____ Psicológica / condiciones psiquiátricas _____ Diagnóstico o tratamiento de abuso de drogas y / o alcohol
_____ Diagnóstico o pruebas de VIH / SIDA

Liste cualquier restricción: _____

El propósito de la revelación es: _____

Re-revelación de Información: Entiendo que una vez que la información fue revelada según esta autorización que el Acto de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro de Salud de 1996 (HIPAA), 45 C. F. R. Las partes 160 y 164, que protegen la información de salud no pueden aplicar al destinatario de la información y, por lo tanto, no puede prohibir al destinatario de re-revelación. Otras leyes, sin embargo, pueden prohibir la re-revelación.

El Derecho de Rehusarse a Firmar esta Autorización: Entiendo que generalmente la persona (s) y / o organización (s) escritas arriba a quien yo autorizo para usar y / o revelar mi información no puede condicionar mi tratamiento, pago, ni la elegibilidad para beneficios del cuidado de salud en mi decisión de firmar esta autorización.

El Derecho de Revocar: Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito a cualquier hora menos hasta el punto de que la acción ya haya sido tomada al respecto, o a menos que esta autorización sea dada como una condición de obtener cobertura de salud y el asegurador tiene un derecho legal de apelar la póliza o un reclamo bajo las reglas. Para revocar esta autorización, yo le proporcionaré una revocación por escrito al Oficial de la Privacidad del médico / o la oficina del proveedor del cuidado de salud arriba mencionado.

El derecho de Inspeccionar: Entiendo que tengo el derecho a inspeccionar la información de salud que he autorizado para ser usada o para ser revelada con esta forma de autorización.

El derecho de Recibir una Copia de la Autorización: Entiendo que si estoy de acuerdo a firmar esta autorización, a mí se me proporcionará una copia firmada de esta forma si yo la solicito.

Fecha de Vencimiento: Entiendo que a menos que yo proporcione una revocación por escrito en una fecha más pronta, esta autorización caducará en un año.

Firma del Paciente o Representante (s) Legal (s): _____

Fecha: ____/____/____ Nombre (s) en letra de imprenta: _____

La Relación al Paciente: _____ (si no es firmado por el paciente)

Por el Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado: "El paciente o representante pagarán por el costo razonable de obtener una copia de su expediente, no excediendo \$14.00 por las primeras diez o pocas páginas, \$.50 por las páginas de la 11 a la 40, y \$.33 por cada página adicional. También se le cobrará el costo de envío".

Los costos de copiar y de envío no se aplicarán cuando Longmont United Hospital mande los expedientes directamente a otro proveedor del cuidado de salud para el propósito de continuar el cuidado.

Signature of the Person and Department Releasing Records:

Date of Release ____ / ____ / ____

