



Vail Valley Medical Center  
www.vvmc.com  
P.O. Box 40,000  
Vail, CO 81658  
970-569-7403

## Autorización para divulgar información médica protegida (PHI por sus siglas en inglés)

Por favor indique el lugar:

- Vail Valley Medical Center       Howard Head Sports Medicine (Sucursal: \_\_\_\_\_)  
 Avon Urgent       Gypsum Urgent Care       Beaver Creek Emergency  
 Shaw Regional Cancer Center       Sonnenalp Breast Imaging Center  
 Eagle Valley Pharmacy       Edwards Medical Center Pharmacy

**Sección A: Esta sección de be completarse para todas las autorizaciones** **Envíe la Autorización por Fax al: 970-470-6641**

Nombre del paciente:			Fecha de nacimiento:	N° de Seguro Social. (opcional):		
Dirección 1:			Nombre del destinatario (¿A quién quiere que VVMC le envíe su historia clínica?):			
Dirección 2:			Dirección 1:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Dirección 2:			
Teléfono:	Fax:		Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Correo electrónico:			Teléfono:	Fax:		

Esta autorización caducará el siguiente: (complete la fecha o acontecimiento pero no AMBAS.)

Fecha, Acontecimiento, o Condición: \_\_\_\_\_

**Si no especifica fecha de vencimiento, acontecimiento, o condición, esta autorización vencerá en 90 días.**

**Razón de la divulgación:**

### Descripción de la información que se va a ser utilizada o divulgada

Descripción:	Fecha(s):	Descripción:	Fecha(s):	Descripción:	Fecha(s):
<input type="checkbox"/> Toda la PHI en la historia clínica	_____	<input type="checkbox"/> Notas / Reportes de quimioterapia/Radioterapia	_____	<input type="checkbox"/> Resultados del Papanicolaou	_____
<input type="checkbox"/> Formularios de admisión	_____	<input type="checkbox"/> Hojas de medicamentos	_____	<input type="checkbox"/> Informes de cardiología	_____
<input type="checkbox"/> Nota del médico del Dpto. de Emergencia/ Servicio de urgencias	_____	<input type="checkbox"/> Informe quirúrgico	_____	<input type="checkbox"/> ECG (electrocardiograma) / Cintas de telemetría de ECG	_____
<input type="checkbox"/> Órdenes del médico	_____	<input type="checkbox"/> Formularios de traslado	_____	<input type="checkbox"/> Reportes de Laboratorio/ Patología	_____
<input type="checkbox"/> Notas del médico sobre la evolución	_____	<input type="checkbox"/> Instrucciones para dar de alta	_____	<input type="checkbox"/> Laminillas de muestras de patología	_____
<input type="checkbox"/> Notas de Fisioterapia	_____	<input type="checkbox"/> Estudios de Mamas	_____	<input type="checkbox"/> Cuenta detallada:	_____
<input type="checkbox"/> Resumen del trabajo de parto & alumbramiento	_____	<input type="checkbox"/> Informes de imágenes	_____	<input type="checkbox"/> UB-92 / HICF 1500:	_____
<input type="checkbox"/> Hoja de registro de la paciente en el posparto	_____	<input type="checkbox"/> Videos / CD de imágenes (especificar el examen): _____	_____	<input type="checkbox"/> Otro: _____	_____

Yo reconozco, y por la presente doy mi consentimiento para tal, que la información divulgada puede contener información sobre alcohol, abuso de drogas, psiquiátrica, pruebas de detección de HIV, resultados de HIV o SIDA. \_\_\_\_\_ (Escriba sus iniciales) Si no corresponde, marque aquí.

Comprendo que:

- Puedo negarme a firmar esta autorización y que es estrictamente voluntaria.
- Mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para prestaciones no están sujetos a la firma de esta autorización.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito. Si decido revocar esta autorización, ésta no tendrá ningún efecto sobre cualquier acción tomada antes de recibir la revocación. Se puede encontrar más detalles en el Aviso de Prácticas Privadas.
- Si el solicitante o el destinatario no es un plan médico o profesional de la salud, la información entregada podría ya no estar protegida por las reglamentaciones federales de privacidad y podría ser divulgada nuevamente.
- Entiendo que puedo ver y obtener una copia de la información descrita en este formulario por un pago razonable, si la solicito.
- Obtengo copia de este formulario una vez que lo firme.

### Sección B: Firmas

He leído lo anterior y autorizo la divulgación de la información de salud protegida según lo manifestado.

Firma del paciente/Representante del paciente:	Fecha:
Escriba el nombre del representante del paciente:	Relación con el paciente:

### SÓLO PARA USO DE VVMC

Fecha en que se divulgó la información:	Número de historia clínica/ CD #:
Información divulgada por:	Número de páginas divulgadas: