

AUTHORIZATION FOR THE RELEASE OF PATIENT HEALTH INFORMATION (MEDICAL AND BILLING RECORDS)
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE (HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS DE FACTURACIÓN)

Vail Health incluye los servicios del Vail Health Hospital

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

DIVULGAR HISTORIA CLÍNICA DE:

ENVIAR HISTORIA CLÍNICA A:

 Doctor/Hospital/Establecimiento

 Doctor/Hospital/Organismo/Establecimiento/Persona

 Dirección/Ciudad/Estado/Código postal

 Dirección/Ciudad/Estado/Código postal

 Teléfono (indique país) / Fax

 Teléfono (indique país) / Fax / Correo electrónico

Enviar mi historia clínica mediante: ☐ USPS (____ en papel o ____ CD cifrado, ____ CD sin cifrar) ☐ Correo electrónico seguro

☐ Línea de fax no segura ☐ Recoger en Edwards ☐ Recoger en Vail ☐ Solo con autorización verbal ☐ Unsecured correo

*Al seleccionar Correo electrónico no seguro para la transmisión de mi información médica protegida, reconozco que existe un mayor riesgo de que mi información sea interceptada y accedida por alguien que no sea yo durante el proceso de transmisión.

Información confidencial: entiendo que mi historia clínica podría contener información acerca de mi salud mental, terapia psiquiátrica o tratamientos para superar el consumo de drogas o alcohol así como cualquier resultado de análisis de VIH (SIDA). ☐ Brindo mi autorización; ☐ No brindo mi autorización; ☐ No se aplica a mi caso.

INFORMACIÓN QUE PODRÁ DIVULGARSE:

Por fechas de servicio (Mes / Día / Año): ____/____/____ a ____/____/____

☐ Resumen de la historia clínica (véase reverso del formulario) ☐ Anamnesis y exploración física

☐ Fisioterapia, logopedia o terapia ocupacional

☐ Informes radiológicos o radiográficos ☐ Imágenes o películas en CD-ROM ☐ Láminas de anatomía patológica

☐ Registros de sala de emergencia o de cuidados intensivos ☐ Quimioterapia o radiación ☐ Informes de laboratorio

☐ Notas de centro ambulatorio o clínica (indicar médico o clínica): _____ ☐ Registros de vacunación

☐ Informe del parto ☐ Procedimiento cardiológico ☐ Informe quirúrgico ☐ Informe de alta hospitalaria

Información de facturación: ☐ Factura estándar o ☐ pormenorizada ☐ Otros registros (indique): _____

LA INFORMACIÓN SE EMPLEARÁ PARA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES FINES: ☐ Continuación de la atención médica

☐ Presentación de un reclamo por daños y perjuicios o ante la compañía de seguros ☐ Motivos personales

☐ Motivos legales ☐ Por un caso de indemnización laboral o discapacidad ☐ Otro: _____

Autorización para usar la información de salud confidencial divulgada:

Esta autorización se vencerá en la siguiente fecha o si ocurre el siguiente evento o condición: _____.

Si no se especifica fecha, evento o condición de vencimiento, **esta autorización vencerá en 60 días**. Entiendo que una vez que esta información se haya divulgado, las leyes sobre protección de privacidad dejarán de aplicar al receptor de la información y, por ende, no se podrá prohibir al receptor que vuelva divulgarla. Podré revocar esta autorización en cualquier momento, salvo por las actuaciones realizadas al amparo de dicha autorización. Entiendo que la autorización es voluntaria y que es posible que incurra en gastos por las copias que se preparen en respuesta a esta solicitud. La copia o un facsímil del presente formulario tendrá la misma validez que el original. **He leído la información que antecede y autorizo la divulgación de mi historia clínica o de los registros de facturación según lo que se menciona anteriormente.**

 Firma de la paciente o su representante

 Fecha

 Nombre en imprenta de la paciente o de su representante

 Parentesco con la paciente

El paciente tiene derecho a recibir una copia de la autorización firmada

AUTHORIZATION FOR THE RELEASE OF PATIENT HEALTH INFORMATION (MEDICAL AND BILLING RECORDS)
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE (HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS DE FACTURACIÓN)

Vail Health incluye los servicios del Vail Health Hospital

Información adicional con respecto a la solicitud

Entiendo que esta autorización es voluntaria y que el hecho de que firme o no el presente documento no incidirá en el tratamiento prestado por Vail Health ni en el pago, la inscripción a servicios ni la posibilidad de recibir beneficios.

Solicitud de la historia clínica en nombre de otra persona: si solicita la historia clínica de un tercero, es posible que tenga que brindar documentación adicional a fin de demostrar que tiene el derecho legal para hacerlo. Por ejemplo, cartas de representación, documentos que prueben que se posee tutela de un menor, declaración en la que se juramente ser heredero legítimo, entre otros. Comuníquese con el departamento de “**Medical Records**” al **970-569-7403** para averiguar cuál es la documentación que se le exige para procesar la solicitud.

Solicitud de los registros al final de la consulta médica o durante su estancia como paciente en el hospital: si solicita su historia clínica durante su estadía en el hospital o al concluirla, debe saber que pueden haber informes o documentos faltantes que no se hayan finalizado al momento que reciba los registros solicitados. Dichos registros se considerarán incompletos y preliminares.

Tiempo de procesamiento: el tiempo de procesamiento de las solicitudes es de 10 días hábiles además del tiempo que lleve enviar la documentación. Sin embargo, es posible que lleve al menos 30 días procesar su solicitud. A menos que se solicite lo contrario, los registros se enviarán por correo de los EE.UU. Los registros solicitados en caso de urgencia médica se enviarán por fax directamente al médico tratante o al centro médico. Sírvase añadir su número de teléfono en la solicitud en caso de que tengamos que ponernos en contacto con usted para obtener más información. Si tiene preguntas sobre las solicitudes de copias de historias clínicas, comuníquese con Vail Health al 970-569-7403.

Requisitos para recoger los registros: si recoge sus registros personalmente o si envía a un representante a recogerlos, es **obligatorio** presentar una **identificación con foto** (licencia de conducir, pasaporte, etc.) antes de que se pueda dar acceso a los registros.

Nombre del representante tal como figura en la licencia de conducir: _____

Resumen de expedientes médicos: resultados del laboratorio, informes/discos de diagnósticos por imagen, anamnesis y exploración física, consultas, resume del alta, notas del médico del Dto. de emergencias/de la sala de urgencias, procedimientos cardiológicos, informe quirúrgico, cuando corresponda.

En Vail

Vail Health: PO Box 40,000, Vail Co. 81658

181 W Meadow Dr, Vail, Co. 81657

Horario: 8 a.m. – 4:30 p.m.

Tel.: (970) 569-7403 **Fax:** (970) 470-6641

En Edwards

320 Beard Creek Road (parte trasera del edificio), 2nd Fl., Edwards, Co. 81632

Horario: 8 a.m – 4:30 p.m.

Tel: (970) 569-7403 **Fax:** (970) 470-6641

Correo electrónico: Medical.Records@vailhealth.org

For VAIL HEALTH use Only (solo para uso de Vail Health):

Date Request Recvd:	Med. Rec. released by:	CD released by:	Completion Date:
Incomplete : Yes / No	What was released?		Log date:
MRN/ FIN:		# of pages:	# of films:

El paciente tiene derecho a recibir una copia de la autorización firmada