



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Yo, _____, nacido en _____,
Nombre completo del paciente Fecha de nacimiento

y viviendo en _____,
Domicilio, Ciudad, Estado, Código postal, Teléfono

autorizo a Aspen Valley Hospital divulgar información de mis expedientes médicos. Esta autorización incluye la divulgación de la información sobre el tratamiento de condiciones psiquiátricas, psicológicas, drogadicción o alcoholismo y condiciones o pruebas del VIH o SIDA.

Autorizo que se divulgue la siguiente información: _____.
Fechas en que recibió los servicios

- Todo mi expediente médico Resumen de mi alta hospitalaria Expediente de Urgencias
 Antecedentes médicos y estado físico Reporte quirúrgico Reporte patológico
 Resultados de pruebas de laboratorio Factura detallada
 Resultados de radiología (reporte)
 Resultados de radiología (imágenes) Otro: _____

Esta información se divulgará a:

<i>Nombre de la persona/organización</i>	<i>Dirección, número y nombre de la calle</i>
<i>Ciudad, Estado, Código postal</i>	<i>Teléfono</i>
<i>Dirección electrónica</i>	<i>Número de Fax (envíos por fax únicamente a médicos y entidades médicas)</i>

Solicito que se divulgue esta información con propósitos de:

- Continuar mi cuidado médico Interés personal Facturación/solicitud de pagos
 Evaluación externa Otro: _____

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, salvo el caso en toda acción que se haya tomado antes de la revocación. La revocación deberá hacerlo por escrito a Aspen Valley Hospital. Esta autorización se vencerá en _____. Confirmando que he leído y he entendido la información anterior pertinente a mi caso. Entiendo que firmar esta autorización no es una condición para recibir tratamiento, hacer pagos, suscribirse en cualquier plan de salud, ni para recibir beneficios de elegibilidad. Por medio de la presente autorizo la divulgación de mi expediente médico con el propósito señalado anteriormente. Entiendo que una vez divulgados estos expedientes, tal información ya no estará bajo la protección de Aspen Valley Hospital.

Firma del paciente

Padre de familia, guardián o representante autorizado

Parentesco con el paciente

Revised 03/09/10

Fecha de la firma

Para el uso del personal de

Archivos Médicos de AVH

ID Checked, by _____

Released by _____

Date ____/____/____

Via Mail Fax In Person E-mail

Entered in Correspondence MT by _____