

## Cardiología Avanti

### Cumplimiento HIPAA: Autorización para desglosar información de salud

INFORMACION DEL PACIENTE		POR FAVOR DEVOLVER POR FAX AL (970) 476-7319	
Apellido del paciente:	Primer nombre:	Nombre del medio:	Fecha de nac:
Domicilio:	Seguro Social No.:	No. Tel. Casa: (    )	
Casilla de Correo:	Ciudad:	Estado:	Código Postal
INFORMACION			
<input type="checkbox"/> Registro de cobranzas <input type="checkbox"/> Reportes de cardiología/EKG <input type="checkbox"/> Laboratorios		<input type="checkbox"/> Notas clínicas del medico <input type="checkbox"/> Reportes de radiología <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología/CD	
		<input type="checkbox"/> Otro, según lo especificado abajo:	
Fecha del servicio	Propósito del desglose:		
Este consentimiento/autorización es para entregar información de salud a:			
Nombre		Número de teléfono:	
		No. de Fax:	
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal
Este consentimiento/autorización permanecerá en efecto durante 180 días a partir de la fecha de su firma.			
Autorizo al Centro Medico del Valle de Vail a entregar la información de salud descrita más arriba y entiendo que: Información desglosada de acuerdo a este consentimiento/autorización puede incluir información sobre enfermedades de transmisión sexual, SIDA/HIV, y condiciones fisiológicas o psiquiátricas, <b>a menos que se restrinjan de acuerdo a lo siguiente:</b> _____			
2. Una vez que la información es desglosada de acuerdo a este consentimiento/autorización firmada, entiendo que la ley federal de privacidad (45 C.F.R partes 160 y 164) protegiendo información de salud puede no aplicar al recipiente de esta información, y por ende, puede no prohibir al recipiente de desglosarla.			
3. Puedo revocar este consentimiento/autorización en cualquier momento, excepto al punto que se haya tomado acción en relación con esto. Para revocarlo, debo proveer al Oficial de Privacidad-a la dirección que figura más abajo en este formulario- con una revocación por escrito la cual no entrara en efecto hasta que sea recibida y aprobada por el Oficial de Privacidad.			
4. Puedo rehusarme a firmar este consentimiento/autorización y esta negativa no afectara el tratamiento que el Centro Medico del Valle de Vail provee al paciente, a menos que el paciente este buscando recibir cuidado médico con el solo propósito de crear información de salud para desglosar a un tercero.			
Firma del paciente, pariente o representante legal		Fecha	
Si es firmado por representante legal, la autoridad del representante legal para actuar en nombre del paciente.			
<b>For Office Use Only</b>			
Date Information Released:		Medical Record Number:	
Information Released by:		No. of Pages:	
		No. of CD's:	

**Cardiologia Avanti | phone (970) 476-1110 | fax (970) 476-7319**  
**Domicilio postal | Attn: Avanti Cardiology**  
**PO Box 40,000**  
**Vail, CO 81658**