

Asociados Quirurgicos de la Montana (Mountain Surgical Associates)
Cumplimiento HIPAA: Autorización para desglosar información de salud

INFORMACION DEL PACIENTE		POR FAVOR DEVOLVER POR FAX AL (970) 479-5156	
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"/> Consultas		<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, a menos que se restrinjan de acuerdo a lo siguiente:			
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.			
For Office Use Only			
Date Information Released:		Medical Record Number:	
Information Released by:		No. of Pages:	
		No. of CD's:	

Asociados Quirurgicos de la Montana | tel. (970) 479-5036 | fax (970) 479-5156
 Domicilio postal Attn: Mountain Surgical Associates
 PO Box 40,000
 Vail, CO 81658