



181 Meadow Drive Vail, CO 81657

Consentimiento/autorización para revelar información médica

INFORMACIÓN DEL PACIENTE **FAVOR DEVOLVER POR FAX AL 970-470-6641**

Apellido del paciente: _____ 1er Nombre: _____ 2do Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección de la calle: _____ No. de Seguro Social: _____ No. de teléfono de casa: _____
()

Apartado Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

INFORMACIÓN

<input type="checkbox"/> Consulta	<input type="checkbox"/> Laboratorio	<input type="checkbox"/> Otros especificados a continuación:
<input type="checkbox"/> Resumen de egreso	<input type="checkbox"/> Notas de progreso del médico	
<input type="checkbox"/> Informe del Dep. Emergencias	<input type="checkbox"/> Informe MRI	
<input type="checkbox"/> Gráficos electrocardiograma	<input type="checkbox"/> Informe operativo	
<input type="checkbox"/> Gráfica historial médico	<input type="checkbox"/> Informe de Rayos-X	
<input type="checkbox"/> Historial & Chequeo Físico	<input type="checkbox"/> MRI Rayos-X	

Fecha del servicio _____ Propósito de la revelación de la información: _____

El presente Consentimiento/autorización es para revelar información médica a:

Nombre _____ No. de teléfono: _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

El presente Consentimiento/autorización estará vigente:

A partir de la fecha de su firma y hasta: _____ Que alguno de los eventos citados a continuación ocurra:

Nota: En caso de que ninguna de las opciones arriba señaladas fuera seleccionada, el presente Consentimiento/autorización permanecerá vigente 180 días a partir de la fecha de su firma.

Yo autorizo a Vail Valley Medical Center a revelar la información médica antes descrita y entiendo que:

- La información que se revele de acuerdo con el presente Consentimiento/autorización podría comprender información relativa a enfermedades transmitidas sexualmente, SIDA/VIH y condiciones fisiológicas y psiquiátricas, a menos que fuera restringida de la manera a continuación:
- Una vez que se revele la información de acuerdo a la firma del presente Consentimiento/Autorización, estoy en cuenta de que la ley federal sobre privacidad (45 C.F.R partes 160 y164) que protege la información médica, no aplicará al recipiente de tal información, con lo que no le estará prohibido su revelación a tal recipiente.
- Puedo revocar el presente Consentimiento/autorización en cualquier momento, exceptuando las acciones que se hubieran tomado con base a tal Consentimiento/autorización. Para revocarla, deberé proporcionar al Funcionario de Privacidad – en la dirección indicada en la parte superior izquierda de esta planilla – una revocación por escrito, la cual no entrará en efecto sino a partir de que la misma sea aprobada por el Funcionario de Privacidad.
- Puedo rehusarme a firmar el presente Consentimiento/Autorización, y tal negativa no afectará el Tratamiento que Vail Valley Medical Center le dará al paciente, a menos que el paciente persiga tratamiento y servicios médicos únicamente con el fin de hacer que se genere información médica para que sea revelada a un tercero.

Firma del Paciente/Pariente o Representante Legal _____ Fecha _____

En caso de firma por un Representante Legal, indicar la autoridad por la cual el Representante Legal actúa en nombre del paciente:

Relación con el paciente: _____

Sólo para uso oficial

Fecha de revelación de la información _____ Número del Registro Médico _____

Información revelada por: _____