

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

DIVULGACIÓN DE: _____
Nombre, dirección, número de teléfono o fax del establecimiento de atención médica que divulga la información

PACIENTE: _____ Núm. de Seguro Social: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIVULGACIÓN PARA: _____
Nombre, dirección, número de teléfono o fax de la agencia que la recibe, organización o individuo al que se divulga la información

AUTORIZACIÓN GENERAL: Autorizo al proveedor de atención médica nombrado anteriormente a divulgar la información que se indica a continuación a la organización, agencia o individuo mencionados en esta solicitud.

INFORMACIÓN REQUERIDA:

(Marque con la inicial según corresponda)

- ☐ Copia de la historia clínica e informes de la sala de emergencias/hospitalización
☐ Copia de los resultados ambulatorios/registros de atención en la clínica
☐ Copia de la historia clínica completa
☐ Últimos 2 años de la información médica para la transferencia de atención
☐ Otro (especifique): _____

AFECCIONES Y FECHAS DE ATENCIÓN

(Marque con la inicial según corresponda)

- ☐ Todos los ingresos anteriores/fechas de tratamiento en este establecimiento

☐ Limitado a las siguientes fechas de tratamiento:
Desde: _____ Hasta: _____

Sin mi previa cancelación expresa, esta autorización vencerá automáticamente en 1 año, a menos que se indique lo contrario a continuación:

(Marque una opción con la inicial)

- ☐ el _____ (fecha indicada por el paciente);
☐ 180 días a partir de la fecha de mi firma;
☐ una vez cumplida la finalidad o la necesidad de información indicada anteriormente, pero no más de _____ días (que deberá facilitar el paciente) a partir de la fecha de la firma: _____.

AUTORIZACIÓN ESPECÍFICA: (Marque con la inicial según corresponda)

Autorizo específicamente la divulgación de información relativa a las siguientes afecciones:

- ☐ Consumo de drogas ☐ Consumo de alcohol ☐ Afecciones psicológicas o psiquiátricas

Importante: Las regulaciones federales requieren que el consentimiento para la historia clínica relacionada al alcohol o a las drogas no dure más que lo razonablemente necesario para cumplir la finalidad para la que se otorga la divulgación.

Se debe adjuntar la Declaración del consumo de alcohol o drogas a cualquier divulgación de esta información de un programa del consumo de alcohol y drogas asistido por el gobierno federal.

Cualquier divulgación verbal deberá ir acompañada o seguida de tal declaración. Nombre del programa, según corresponda: _____ o N/C.

USO DE LAS COPIAS:

Una copia de esta autorización con mi firma en ella ☐ PUEDE; ☐ NO PUEDE; usarse con la misma eficacia que la copia original.

Firma del paciente o representante autorizado

Fecha

Si firmó el representante autorizado:

Nombre del representante autorizado en letra de imprenta o a máquina

Describa cómo se autorizó la representación

San Luis Valley Health no es responsable en caso de extravíos

Haga sus preguntas al: 719-587-1391

ENVÍE LA HISTORIA CLÍNICA POR CORREO ELECTRÓNICO A:
MRChartPullRequest@slvrhc.org



San Luis Valley
HEALTH

San Luis Valley Health -RMC
106 Blanca Ave.
Alamosa, CO. 81101

San Luis Valley Health -CCH
19021 US Highway 285
La Jara, CO. 81140

Adhesivo del paciente