



810 E. 3rd St. STE: 301  
 Durango, CO. 81301  
 Ph (970) 375-0100 Fax (970) 375-9210

**\*PLEASE DO NOT FAX DOCUMENTS  
 THAT EXCEED 10 PAGES IN LENGTH.  
 PLEASE MAIL LARGE DOCUMENTS\***

Nombre Del Paciente	Fecha de nacimiento	Los últimos 4 dígitos de SS #
Dirección	Ciudad, estado y código postal	Número de teléfono

Por la presente, autorizo al centro listado a continuación para divulgar / divulgar la Información Protegida de Salud especificada en esta solicitud a la organización, agencia, paciente o persona nombrada.

<b>Liberar por:</b>	<b>Liberar a:</b>
Nombre de la instalación	Nombre de la instalación
Dirección	Dirección
Ciudad, estado y código postal	Ciudad, estado y código postal
Números de teléfono / fax	Números de teléfono / fax

<b>Fechas del tratamiento:</b> _____	<b>Tipo de Divulgación Autorizado y Instrucciones de Entrega:</b>
<b>Propósito:</b>	<b>*** Los expedientes que excedan 10 páginas deben ser ENVIADOS ***</b> <input type="checkbox"/>
Cuidado médico adicional	Proporcionar copias de los registros a la organización / agencia / persona
Uso personal	Registros de correo directamente a la dirección anterior
Seguro	Llamada para recoger los registros: _____
Otro: _____	Registros de fax a: _____
Legal	Teléfono consultar
Salud del comportamiento	

**Información Protegida de Salud Pertinente Permitida Incluir:**

Resumen de alta	Radiología	Estudios Especiales	Expediente Educativo
Historia y Física / Consultar	Registro de Paciente Externo	Registros de Medicamentos	Informe Operativo
Notas de progreso	Expedientes de salud de Psych	Laboratorios	Órdenes médicas
Otro (especificar): _____			

**Últimos 3 Años de expedientes**

**\* Las Notas de Psicoterapia son distintas y pueden no ser incluidas con la revelación de cualquier otra información de salud protegida. Es posible que sea necesario completar una autorización del paciente para revelar notas de psicoterapia.**

**Autorización:** Certifico que esta solicitud se hace voluntariamente y que la información dada arriba es exacta a mi leal saber y entender. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, enviando mi solicitud por escrito al departamento de Gestión de Información de Salud / Registros Médicos designado. Si he autorizado la revelación de mi información de salud a alguien que no está legalmente obligado a mantenerla privada, puede ser re-divulgada y ya no puede ser protegida. Una copia o fax de esta autorización será tan válida como el original.

Entiendo que autorizar la revelación de información de salud es voluntaria. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, pago o mi elegibilidad para obtener beneficios. Entiendo que puedo inspeccionar u obtener una copia de la información a revelar. Entiendo que se puede cobrar una tarifa por copias de mi historial médico.

Entiendo que la instalación me proporcionará una copia del formulario de autorización firmado. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información de salud, puedo contactar al Responsable de Responsabilidad Corporativa y el Oficial de Privacidad designado.

**Vencimiento:** Sin mi revocación expresa, esta autorización expirará automáticamente una vez satisfecha la necesidad de divulgación, pero en cualquier caso expirará un año a partir de la fecha del presente, a menos que se especifique una fecha diferente aquí: \_\_\_\_\_

**Reconocimiento:** Entiendo que la información que se divulgue puede incluir cualquier o toda la información que implica enfermedad transmisible o venérea, condiciones psicológicas o psiquiátricas, abuso de la droga o del alcohol y / o alcoholismo. También puede incluir, pero no se limita a, enfermedades como la hepatitis, la sífilis, la gonorrea y los virus de inmunodeficiencia humana (VIH), también conocido como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Paciente, padre o tutor legal

\*\*La Firma de Menor se requiere para la liberación de cualquier registro para el tratamiento que el menor puede autorizar bajo la Ley de Colorado.\*\*

*Relación (Si no es paciente):* \_\_\_\_\_

*Nombre impreso de la firma individual en nombre del paciente:* \_\_\_\_\_

**Firma del testigo:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Sólo uso de oficina: Attach copies of required identification** **\*\*\*RECORDS EXCEEDING 10 PAGES MUST BE MAILED\*\*\***

Number of pages released: \_\_\_\_\_ Completion date: \_\_\_\_\_ Delivery Method: \_\_\_\_\_

Name of individual who received request: \_\_\_\_\_ Date received: \_\_\_\_\_