

Autorización para divulgar información de salud protegida (PHI)
Authorization for Disclosure of Protected Health Information (PHI)

Información del paciente

Nombre completo _____ Fecha de nacimiento _____
Apellido de soltera u otros nombres utilizados _____
Domicilio _____
Teléfono de día _____ Celular _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Formulario de divulgación Me gustaría obtener copias de mis registros médicos del siguiente centro o médico de Intermountain Health.

Nombre de la hospital, clínica o médico de Intermountain Health _____

Divulgar a

Nombre de la persona/compañía/organización _____
Domicilio _____
Teléfono _____ Fax _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Propósito

- ☐ Continuidad de atención ☐ Seguro/WC ☐ Legal
☐ Supervisión de la salud ☐ Policial ☐ Personal

Fecha (s) de la información que se divulgará

Fecha(s) de servicio, desde _____ hasta _____
Otro _____

Información que será divulgada Deseo copias de los ítems señalados a continuación para las fechas de tratamiento antes mencionadas.

- ☐ Visita clínica ☐ Historial y Examen físico ☐ Laboratorio ☐ Tratamiento por consumo de sustancias
☐ Informe de emergencia ☐ Resumen del alta ☐ Informe de imágenes ☐ Registro de facturación
☐ Informe operativo ☐ Consultas ☐ Estudio cardíaco/ECG ☐ Otro _____

Formato de la divulgación Deseo copias de los ítems antes señalados en el formato siguiente (en papel–correo estadounidense es predeterminado si no está marcado).

- ☐ Papel – correo estadounidense ☐ CD ☐ Solo verbal ☐ Fax (solo proveedores de atención médica)
☐ Papel – para recoger ☐ USB ☐ Por correo electrónico a _____

Información de acceso del paciente

- Proporcionaré una identificación con fotografía antes de acceder a mi historial médico.
- Puedo revisar mi historial médico sin costo alguno. Si solicito copias de mi historial médico, es posible que se me cobre una tarifa.
- Remitaré mis preguntas sobre tratamiento, pronóstico u otros asuntos clínicos a mi médico.
- Un profesional del centro de atención supervisará la revisión de mi expediente médico.
- Si participo en un estudio de investigación que involucra tratamiento médico, mi acceso al contenido del estudio podría suspenderse mientras la investigación esté en curso. Al finalizar la investigación, se restablecerá el acceso a mi historial médico.

Entiendo que

- La información que se divulgará puede incluir un diagnóstico o referencia a las siguientes condiciones: servicios de salud conductual / atención psiquiátrica; anemia de células falciformes; pruebas genéticas; síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH); o abuso de drogas y/o alcohol.
- Sin mi revocación expresa, esta autorización vencerá automáticamente 180 días después de la fecha de la firma que aparece a continuación, a menos que solicite una fecha o evento de vencimiento específico _____. (Envíe la revocación a la dirección o número que aparece a continuación).
- Que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se haya procedido a tal efecto.
- La información divulgada en virtud de esta autorización puede estar sujeta a nueva divulgación por parte del destinatario y ya no está protegida por la Regla de Privacidad de HIPAA, a menos que la divulgación incluya registros de un programa financiado por el gobierno federal que proporcione específicamente diagnóstico, tratamiento o referencia para el tratamiento del abuso de drogas y alcohol, en cuyo caso la nueva divulgación está prohibida conforme a 42 CFR Parte 2.

Mi firma es necesaria para validar esta autorización. Si no firmo esta autorización, este Centro de Atención aún brindará tratamiento y buscará el pago por los servicios prestados. De acuerdo con los Estatutos Estatales, este Centro de Atención puede cobrar por copias de los registros médicos.

Firma del Paciente/Tutor/Representante Personal _____ Relación (si no es el paciente) _____ Fecha _____

Nombre, domicilio, teléfono en letra de imprenta del Tutor/Representante Personal _____

Si el paciente no puede firmar, indique la razón: _____

CO, NV, MT, WY envíe el formulario completo a:	• Correo electrónico: peaks_croi@mail.org • Fax: 303-467-8966	• Correo: Centralized Release of Information 500 Eldorado Blvd, Building 4, Broomfield, CO 80021
UT, ID envíe el formulario completo a:	• Correo electrónico: MedRecReq@r1rcm.com • Fax: 385-215-7047	• Correo: Medical Records PO Box 571069, Murray, UT 84157

For Office Use Only – Solo para uso de la Oficina

Date Authorization Received: _____ By: _____ Identification/Driver License Verified: _____
Date Request Completed: _____ By: _____ Delivery Instructions: _____



Enterprise

Patient Label