

Por favor complete este formulario si: no tenemos registros de su(s) proveedor(es) anterior desea tener RMPC liberar sus registros a alguien

Autorización para la diseminación de información personal de la salud (PHI)

Debe cumplimentarse para todas las autorizaciones:

Por la presente autorizo el uso y la divulgación de mi información personal de salud como se describe a continuación. Entiendo que esta Autorización es voluntaria, y no afectará en modo alguno el tratamiento, el pago, la inscripción o elegibilidad de beneficios. Además, entiendo que me puede inspeccionar y copiar cualquier información revelada en virtud de la presente autorización. Yo entiendo que si la organización autorizada a recibir la información no es un plan de salud o un proveedor de atención de la salud, la información divulgada no podrán estar protegidos por normas federales de privacidad.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____

La persona u organización que proporciona la información: la información:

persona u organización que recibe la

Rocky Mountain Atención Primaria
5730 Ward Road Suite 102
Arvada, Colorado 80002
Teléfono: 303-422-6331 Fax: 303-422-6379

La finalidad de este autorizó la liberación de información es: _____

a petición de la persona

Autorizo al médico para liberar la información especificada a continuación para la organización, agencia o persona nombrada en esta solicitud. Me autorizan expresamente la publicación de información relativa a la condición siguiente(s). Si estos no están marcados no pueden ser liberados.

El uso indebido de drogas Toxicomanía condiciones psicológica o psiquiátrica VIH/SIDA

Por favor, libere los siguientes registros:

todos los registros generados en su oficina
 Otros: _____
(Las fechas específicas de tratamiento o descripción específica o la información solicitada)

Estás dejando nuestra práctica? Sí Ninguna

Si la respuesta es sí, por favor explique:

Debe cumplimentarse para todas las autorizaciones:

1. Entiendo que esta autorización caducará a los 90 días desde la fecha de la firma.
2. Yo entiendo que si la organización autorizada a recibir la información no es un plan de seguro médico o proveedor de atención médica o cualquier otro tipo de entidad considerada una entidad cubierta BAJO HIPAA, la información divulgada no podrán estar protegidos por regulaciones federales de privacidad, y que la información puede ser re-revelada por las partes enumeradas, y dejará de estar protegido.
3. Tengo entendido que los reglamentos federales y estatales permiten un honorario razonable para ser cargada por la duplicación de la información protegida de la salud, y que me puede cobrar una tarifa para copiar y enviar los registros que estoy solicitando.

Firma del paciente o representante del paciente Fecha impresa Nombre de paciente o representante del paciente

Revocación de autorización:

Rocky Mountain**liberar registros médicos de atención primaria**

Entiendo que la autorización es voluntaria y puede ser revocado en cualquier momento por la firma a continuación y volviendo a la práctica. Entiendo además que cualquier dicha revocación no se aplica en la medida en que las personas autorizadas para usar y/o revelar mi información de salud han actuado ya en mi autorización previa(s).

Procedo a revocar esta autorización, eficaz ____/____/____

Firma del paciente (Representante)

Fecha

Nombre impreso de paciente (Representante)