

Clínica de Familia de Spanish Peaks / Clínica de Familia de Spanish Peaks en La Veta / Clínica de Mujeres y Comunitaria de Spanish Peaks / Clínica de Especialidades Médicas de Spanish Peaks

DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Origen: Clínica de Familia de Spanish Peaks _____ Clínica de Familia de Spanish Peaks en La Veta _____ Clínica de Mujeres de Spanish Peaks _____ Clínica de Especialidades Médicas de Spanish Peaks _____	Destino: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Otra persona/parentesco: _____ <input type="checkbox"/> Otro centro _____
Nombre del paciente _____	Otra persona u otro centro Nombre _____
Dirección Postal _____	Dirección Postal _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____	Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____ Fax _____	Teléfono _____ Fax _____
Fecha de nacimiento del paciente: _____	Paciente: Otra <input type="checkbox"/> Recoger <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/>
Dirección de E-mail: _____	Centro: <input type="checkbox"/> Recoger <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Actualizado	

INFORMACIÓN QUE SE VA A COPIAR Y DIVULGAR (MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN):

Fecha(s) del servicio: _____

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Documentos clínicos/consultorio médico | <input type="checkbox"/> Información de facturas/reclamos |
| <input type="checkbox"/> Resultados de análisis clínicos/laboratorio | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Informes radiológicos | |
| <input type="checkbox"/> Imágenes radiológicas | |
| <input type="checkbox"/> Todos los documentos van dirigidos a un centro/clínica o médico concreto: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Documentos solo dirigidos a un proveedor o departamento concreto: _____ | |

AUTORIZO o **NO AUTORIZO** a que se divulgue información relativa a pruebas o tratamientos psicológicos o psiquiátricos, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de alcoholismo o drogadicción, o pruebas o resultados del VIH(SIDA), pruebas/resultados genéticos, prueba/resultados de la anemia drepanocítica. ***NOTA: Si no se llena esta sección, no se divulgará, en caso de existir, este tipo de documentos. ***

MOTIVO DE ESTA DIVULGACIÓN:

Continuidad de la atención médica
 Información para reclamo/daños
 Uso personal
 Legal

Otro: _____

AUTORIZACIÓN: Por la presente, doy permiso al centro emisor para que divulgue mi información médica identificable individualmente del modo indicado anteriormente. Soy consciente de que una vez que se divulgue la información, esta podría quedar desprotegida. Soy consciente de que esta autorización es voluntaria, que el tratamiento futuro no puede estar condicionado a que yo firme esta autorización. Reconozco que los formularios incompletos no se pueden tramitar y que puede haber un costo por copiar estos documentos.

Soy consciente de que **este consentimiento vence en un año a partir de la fecha en que lo firme**, a menos que se especifique otro plazo: _____.

Soy consciente de que puedo retirar en cualquier momento el permiso para divulgar mis documentos médicos, excepto en la medida en que ya se hayan realizado acciones para cumplir con el mismo. Soy consciente de que, en caso de revocar esta autorización antes de la fecha/evento de vencimiento, deberé proporcionar un aviso por escrito firmado y fechado con posterioridad a la fecha de esta autorización. Una copia, fax o escaneo de este formulario se considera tan válido como el original. **Guarde una copia de los documentos para su uso personal.**

~~~~~LA TRAMITACIÓN DE LOS DOCUMENTOS SE REALIZA EN 10 DÍAS LABORALES~~~~~

|                                        |                  |                         |                  |
|----------------------------------------|------------------|-------------------------|------------------|
| Firma del paciente/representante _____ | Fecha/hora _____ | Firma del testigo _____ | Fecha/hora _____ |
|----------------------------------------|------------------|-------------------------|------------------|

**Nombre del miembro del personal del SPRHC que divulgará los documentos médicos:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**OFFICE USE ONLY: Proof of Identification:** \_\_\_\_\_

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

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

Patient Medical Record Number / Account Number: \_\_\_\_\_

REV/AUG 2017