

**AUTORIZACIÓN PARA USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**  
**Solicitud de historial médico - de Pagosa Springs Medical Center**

Yo (nombre y apellido) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

por este medio autorizo a Pagosa Springs Medical Center (PSMC) a entregar mi información médica protegida descrita a continuación, la cual puede incluir información sobre tratamiento por uso de drogas o alcohol, tratamiento psiquiátrico, estatus de VIH/SIDA/CRS o resultados de pruebas genéticas, a:

*Se requiere un formulario individual para cada uso o divulgación requerida*

Autorizo a la siguiente persona(s), incluyéndome a mí mismo, u organización para que reciba la información:

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Dirección** \_\_\_\_\_  
**Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_ **Código postal** \_\_\_\_\_ **Fax** \_\_\_\_\_ **Teléfono** \_\_\_\_\_  
**Dirigido a** \_\_\_\_\_

<b>Periodo comprendido:</b> _____	<b>Motivo/finalidad:</b> _____	
_____ Resumen (incluyendo todas las notas del doctor, rayos X e informes de laboratorio)		
_____ Historial médico completo (incluyendo resumen, notas de enfermería, signos vitales, valoraciones diarias, etc.)		
_____ Informe del alta médica	_____ Informes de urgencias	_____ Resultados de laboratorio
_____ Reporte de evolución médica	_____ Reporte clínico	_____ Informe de radiología/imágenes
_____ Informe de cirugía	_____ Prueba ECG/Esfuerzo	_____ Disco compacto de radiología
_____ Informe de consulta	_____ Reporte de fisioterapia	_____ Cartilla de vacunación
_____ Otros: _____		

**Si mis iniciales aparecen a continuación, solicito que NO se envíen los siguientes reportes:**

- \_\_\_\_\_ Yo no autorizo que se divulguen informes sobre tratamiento por consumo de alcohol o drogas y/o tratamiento psiquiátrico.
- \_\_\_\_\_ Yo no autorizo que se divulguen resultados de pruebas genéticas para los fines expuestos anteriormente.
- \_\_\_\_\_ Yo no autorizo que se divulguen informes sobre mi diagnóstico o tratamiento contra el VIH, SIDA o CRS ni autorizo se haga cualquier referencia sobre mi identidad como paciente de VIH, SIDA o CRS para los fines expuestos anteriormente.

**Esta autorización caducará en (fecha o acontecimiento):** \_\_\_\_\_. **Si no se especifica una fecha o acontecimiento, esta autorización caducará seis (6) meses después de haber sido firmada.**

Comprendo que la información utilizada o divulgada con base en esta autorización podría ser revelada a terceros por el destinatario y, si este es el caso, podría no quedar sujeta a las leyes federales y estatales que protegen su confidencialidad.

Comprendo que puedo revisar o copiar la información médica protegida descrita en esta autorización.

Comprendo que esta autorización puede ser revocada en cualquier momento al notificar por escrito al PSMC en: Pagosa Springs Medical Center (95 S. Pagosa Blvd. Pagosa Springs, CO 81147) y que PSMC deberá renunciar a utilizar esta autorización, salvo que PSMC puede completar cualquier acción que haya iniciado con base en esta autorización y antes de que yo presentara la revocatoria.

Comprendo que PSMC no debe condicionar tratamiento, pago o afiliación al plan de salud, ni mi elegibilidad para recibir beneficios, a la firma de esta autorización para el uso o divulgación requerida y entiendo que puedo rehusarme a firmarla.

Comprendo que al autorizar esta divulgación de mi historial médico también libero a PSMC de cualquier compromiso o responsabilidad legal que pueda resultar de la divulgación de mi información médica protegida.

\_\_\_\_\_  
Firma del individuo o de su representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Autoridad del representante (padre de un menor, guardián, etc.)

Identificación verificada por: \_\_\_\_\_ (Firma del empleado de PSMC)

Recogeré el historial en persona (permítanos 10 días hábiles)  Enviar por correo  Enviar por fax al número indicado

**PAGOSA SPRINGS**  
**Medical Center**

Documento Evaluado/Revisado 24/9/2014, 29/10/2014, 25/05/2016, 01/05/2018