

Solicitud de historial médico – enviar a Pagosa Springs Medical Center

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

por este medio autorizo la entrega de 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, por parte de:

Nombre del proveedor \_\_\_\_\_ Nombre del consultorio \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número de fax \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Se requiere un formulario individual para cada uso o divulgación requerida

Yo autorizo a la siguiente persona(s) u organización para que reciba la información:

Nombre: Pagosa Springs Medical Center
Dirección: 95 South Pagosa Blvd
Ciudad: Pagosa Springs, CO 81147
Teléfono: 970-507-3828 Fax: 970-731-1915 a la atención de: Medical Records

Periodo comprendido: \_\_\_\_\_ Motivo/finalidad: \_\_\_\_\_

- 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.

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)

PAGOSA SPRINGS Medical Center

Documento Evaluado/Revisado 29/10/2014, 25/05/2016, 09/30/2016