

MRN: _____ ID verificado por: _____

A. Información del Paciente

| | | | |
|---|--|----------------------|-----------------|
| Nombre: <small>(Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)</small> | | Fecha de Nacimiento: | SSN***-**-_____ |
| Dirección: | | Teléfono: | |
| Ciudad: | | Estado: | Código Postal: |
| Nombre de soltera / Anterior: | | Correo Electrónico: | |

B. Ubicación(es) de MRH donde el paciente recibió atención

| | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Memorial Regional Health 750 Hospital Loop, Craig For Medical Records: Phone: 970-826-3140 / Fax: 970-826-3149 | <input type="checkbox"/> MRH Medical Clinic 750 Hospital Loop, Craig | <input type="checkbox"/> MRH Specialty Clinic 600 Russell St, Craig |
|---|--|---|

C1. MRH está autorizado para divulgar información A: Todas las agencias enumeradas a continuación, según sea necesario.
 ÚNICAMENTE las agencias como se indica a continuación.

| | | | |
|---|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Children's Hospital Colorado | <input type="checkbox"/> Community Budget Center | <input type="checkbox"/> Dept of Human Services | <input type="checkbox"/> Horizons |
| <input type="checkbox"/> Integrated Community | <input type="checkbox"/> Love, Inc. | <input type="checkbox"/> Mind Springs Health | <input type="checkbox"/> ACTSS |
| <input type="checkbox"/> Northwest Colorado Health | <input type="checkbox"/> Northwest Colorado Options for Long-Term Care | <input type="checkbox"/> Northwest Colorado Center for Independence | <input type="checkbox"/> Oxford House |
| <input type="checkbox"/> Senior Social Center | <input type="checkbox"/> The Health Partnership | <input type="checkbox"/> Rocky Mtn Health Plans | <input type="checkbox"/> UCHealth |
| <input type="checkbox"/> Other: _____ | | | |

C2. Información que MRH está autorizado a divulgar Toda la información enumerada a continuación, según sea necesario.
 ÚNICAMENTE la información como se indica a continuación.

| | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Historial y examen físico | <input type="checkbox"/> Notas de visita al Departamento de Emergencias | <input type="checkbox"/> Notas del resumen de alta |
| <input type="checkbox"/> Notas de cita/consulta en la clínica | <input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de laboratorio/diagnóstico | <input type="checkbox"/> Resultados/ radiografías de radiología |
| <input type="checkbox"/> Informes operativos/procedimientos | <input type="checkbox"/> Informes de patología | <input type="checkbox"/> Notas de terapia (Fisioterapia/Terapia Ocupacional) |
| <input type="checkbox"/> Evaluación de necesidades sociales | <input type="checkbox"/> Facturación | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

D1. MRH está autorizado para recibir información DE: Todas las agencias enumeradas a continuación, según sea necesario.
 ÚNICAMENTE las agencias como se indica a continuación.

| | | | |
|---|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Children's Hospital Colorado | <input type="checkbox"/> Community Budget Center | <input type="checkbox"/> Dept of Human Services | <input type="checkbox"/> Horizons |
| <input type="checkbox"/> Integrated Community | <input type="checkbox"/> Love, Inc. | <input type="checkbox"/> Mind Springs Health | <input type="checkbox"/> ACTSS |
| <input type="checkbox"/> Northwest Colorado Health | <input type="checkbox"/> Northwest Colorado Options for Long-Term Care | <input type="checkbox"/> Northwest Colorado Center for Independence | <input type="checkbox"/> Oxford House |
| <input type="checkbox"/> Senior Social Center | <input type="checkbox"/> The Health Partnership | <input type="checkbox"/> Rocky Mtn Health Plans | <input type="checkbox"/> UCHealth |
| <input type="checkbox"/> Memorial Regional Health | <input type="checkbox"/> Other: _____ | | |

D2. Información que MRH está autorizado a recibir Toda la información enumerada a continuación, según sea necesario.
 ÚNICAMENTE la información como se indica a continuación.

| | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Historial y examen físico | <input type="checkbox"/> Notas de visita al Departamento de Emergencias | <input type="checkbox"/> Notas del resumen de alta |
| <input type="checkbox"/> Notas de cita/consulta en la clínica | <input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de laboratorio/diagnóstico | <input type="checkbox"/> Resultados/ radiografías de radiología |
| <input type="checkbox"/> Informes operativos/procedimientos | <input type="checkbox"/> Informes de patología | <input type="checkbox"/> Notas de terapia (Fisioterapia/Terapia Ocupacional) |
| <input type="checkbox"/> Evaluación de necesidades sociales | <input type="checkbox"/> Facturación | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

E. Propósito de esta Autorización de Divulgación de Información

| | | |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Personal/A mi solicitud | <input type="checkbox"/> Discapacidad | <input type="checkbox"/> Seguro |
| <input type="checkbox"/> Consulta/Continuidad de Cuidado | <input type="checkbox"/> Transferencia de Cuidado a otro Proveedor | <input type="checkbox"/> Legal |
| | | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

F. Cómo se puede comunicar la información

Correo electrónico En persona Fax Otro: _____

G. Rango de fechas de la información a ser divulgada / recibida

DE: _____ A: _____

H. DIVULGACIONES

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|-------|-------|----------------------|--------------------------|---|--|-------|--|---|--|
| REVOCACIÓN | Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento proporcionando un aviso por escrito a la agencia mencionada anteriormente. Entiendo que cualquier divulgación de información realizada antes de mi revocación en cumplimiento con esta autorización no constituirá una violación de mis derechos a la privacidad. | | | | | | | | | | |
| CADUCIDAD | ➔ Esta autorización caducará en 90 días a partir de la fecha del consentimiento O en (especifique la fecha): _____ | | | | | | | | | | |
| AUTORIZACIÓN | <ul style="list-style-type: none">• Entiendo que la información a recibir y/o divulgar puede incluir información sobre el tratamiento de la salud mental, el consumo de alcohol y drogas, y el VIH (virus de inmunodeficiencia humana), información relacionada con el SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida).• Entiendo que una vez divulgada la información, puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del receptor y puede dejar de estar protegida.• Además, entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, ni el pago o la elegibilidad de mis beneficios.• Una fotocopia/fax de esta autorización será tratada de la misma manera que un original. | | | | | | | | | | |
| CONSENTIMIENTO | <table border="0"><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>Firma del Paciente O</td><td>Fecha del Consentimiento</td></tr><tr><td>Firma de la Persona que Autoriza el Consentimiento si actúa en nombre de un menor</td><td></td></tr><tr><td>_____</td><td></td></tr><tr><td>Relación con el paciente, si firma en nombre del paciente</td><td></td></tr></table> <p>Entiendo que no estoy obligado/a a firmar esta Autorización de Divulgación si no deseo liberar mis registros. Entiendo que mi capacidad para recibir servicios puede verse limitada si no se firma una Autorización de Divulgación, lo que permite a las agencias comunicarse en mi nombre o en nombre del paciente si el paciente es menor de edad.</p> | _____ | _____ | Firma del Paciente O | Fecha del Consentimiento | Firma de la Persona que Autoriza el Consentimiento si actúa en nombre de un menor | | _____ | | Relación con el paciente, si firma en nombre del paciente | |
| _____ | _____ | | | | | | | | | | |
| Firma del Paciente O | Fecha del Consentimiento | | | | | | | | | | |
| Firma de la Persona que Autoriza el Consentimiento si actúa en nombre de un menor | | | | | | | | | | | |
| _____ | | | | | | | | | | | |
| Relación con el paciente, si firma en nombre del paciente | | | | | | | | | | | |

COMENTARIOS (especifique la sección a la que se aplican los comentarios): _____

Iniciales: _____