

**☐ University of Colorado Hospital**

12401 E. 17th Avenue - Box A025

Aurora, CO 80045

(720) 848-1031 Phone (720) 848-5551 Fax

**☐ UCH Psychiatric Services**

(720) 848-6190 Phone (720) 848-5549 Fax

No. de registro médico

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

No. de seguro social

No. de Teléfono

**AUTORIZACION PARA ENTREGAR Y/O OBTENER INFORMACION DEL PACIENTE**

OBTENER DE: ( centro que entrega)			ENTREGAR A: ( entidad que recibe)		
_____			_____		
Nombre			Nombre		
_____			_____		
Dirección			Dirección		
_____			_____		
Ciudad	Estado	Código Postal	Ciudad	Estado	Código Postal
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Teléfono	Fax		Teléfono	Fax	
_____	_____		_____	_____	

**INFORMACION PARA SER REVISADA: EN HISTORIAL MÉDICO ELECTRONICO SOLAMENTE ☐****DURANTE LA ADMISION/VISITA DEL PACIENTE ☐ EN EL DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN DE SALUD ☐****INFORMACION QUE SERÁ FOTOCOPIADA Y ENTREGADA (MARQUE TODOS LOS QUE SEAN APLICABLES):**

Fecha de rango de servicios (mes/año): Desde: \_\_\_\_\_

Hasta: \_\_\_\_\_

Informe de sala de emergencias

Tratamiento de salud mental

Información genética

Informe de Alta

Tratamiento de Drogas/ Alcohol

Información VIH/ SIDA

Reporte Operativo

Reporte de Radiología

Imágenes de Radiología

Historia clínica y examen físico

Reportes de Laboratorio

Otro: \_\_\_\_\_

Notas de Progreso de la clínica

Historial de vacunas

**EL PROPÓSITO PARA ESTA AUTORIZACIÓN**

\_\_\_\_\_ Continuidad de atención médica \_\_\_\_\_ Información para daños y reclamos \_\_\_\_\_ Uso personal \_\_\_\_\_ Legal

Otro: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN:** Por este medio doy al centro que entrega permiso para dar mi información personal e identificable de salud como figura arriba. Entiendo que una vez que se divulgue la información no estará protegida más. Entiendo que esta autorización es voluntaria, que futuros tratamientos no dependerán de que haya firmado esta autorización. Reconozco que las formas que estén incompletas no podrán ser procesadas y que **PUEDE HABER UN COSTO PARA COPIAR EL HISTORIAL.**

Entiendo que este consentimiento se vence **180 días desde la fecha de mi firma** a menos que se especifique como sigue:

\_\_\_\_\_ Entiendo que puedo revocar el permiso para entregar mi historial medico en cualquier momento, excepto en el caso que se haya tomado acción para cumplir con ella. Entiendo que debo proveer por escrito si escojo revocar esta autorización antes de la fecha y/o evento de vencimiento, y que la revocación debe ser firmada y fechada con un a fecha posterior ala fecha en la autorización. Una fotocopia, fax, o scan de esta forma se considerará tan válido como el original.

Firma del paciente o representante autorizado

Fecha de la firma

Nombre en letra imprenta

Relación con el paciente (si es aplicable)

**RECONOCIMIENTO DEL ACCESO AL HISTORIAL MÉDICO: Por medio de la presente reconozco que he revisado y/o recibido el historial médico de University Of Colorado Hospital para el paciente indicado arriba.**

Fecha

Firma

Fecha

Firma del Testigo