

Autorización del paciente para divulgar la información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés)

*SVH tiene 10 días hábiles para completar esta solicitud

Nombre completo del paciente:	Fecha de nacimiento	Últimos 4 dígitos de su número de Seguro Social:
Dirección física:	Ciudad, Estado, Código postal	Número telefónico:
Correo electrónico:		

Por medio de la presente autorizo a las instalaciones enumeradas a continuación a divulgar/liberar la Información médica protegida especificada en esta solicitud a la organización, agencia o paciente indicado en este formulario.

Liberado por:	Liberado a:
Nombre de la instalación	Nombre de la instalación
Dirección	Dirección
Ciudad, Estado, Código postal	Ciudad, Estado, Código postal
Número telefónico de la Administración de información médica:	Número telefónico de la Administración de información médica:
Número de Fax :	Número de Fax :
Fecha(s) del tratamiento: _____ - _____	Tipo de divulgación autorizada e Instrucciones de entrega:
Propósito:	Proporcionar copia de los expedientes a la
Seguimiento médico Compensación laboral Cuidado y uso personal	organización/Agencia/Personas enumeradas a continuación.
Seguro Legal Publicidad/Recaudación de fondos	Enviar por correo los expedientes a la dirección antes indicada
Otro: _____	Llamar para recoger los expedientes: _____

Información médica pertinente protegida (PHI) autorizada para ser incluida:

Resumen del alta	Radiología	Estudios especiales	Antecedentes médicos & Examen(es) físico	Consulta	Expediente(s) de paciente ambulatorio
Radiografías de	Reporte(s)	Osteoporosis	Nota(s) de progreso	Expediente(s) Salud mental	Resultado(s) de laboratorio médico
Expediente médico	Otro (especificar): _____				

***Las notas de psicoterapia son distintas y pueden no ser incluidas en la divulgación de cualquier otra información médica protegida. Se debe completar una autorización del paciente para divulgar las notas de psicoterapia.**

Autorización: Certifico que esta solicitud se efectúa voluntariamente y que la información proporcionada es exacta según mi leal saber y entender. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, presentando mi solicitud escrita a la Administración de Información médica designada del Departamento de expedientes médicos. Si he autorizado la divulgación de mi información médica a alguien que no está legalmente obligado a mantenerla confidencial, esta información puede ser liberada y es posible que ya no esté protegida. Una copia o un fax de esta autorización será válida como la original.

Entiendo que la autorización de divulgación de la información médica es voluntaria. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi habilidad de recibir tratamiento, pago o mi elegibilidad de recibir beneficios. Entiendo que puedo examinar u obtener una copia de la información que será liberada. Entiendo que se puede cobrar una tarifa por las copias de mis expedientes médicos. Entiendo que la instalación me proporcionará una copia del formulario de autorización firmada. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información médica, puedo contactar al oficial de Responsabilidad Corporativa y privacidad designado.

Expiración: Sin mi revocación expresa, esta autorización automáticamente expirará al cumplir la necesidad de divulgación, pero en cualquier caso expirará 90 días desde la fecha de la presente, a menos que una fecha diferente se especifique aquí:

Reconocimiento: Entiendo que la información a ser divulgada puede incluir alguna o toda la información relacionada con enfermedades contagiosas o venéreas, condiciones psicológicas o psiquiátricas, abuso de drogas o alcohol y / o alcoholismo. También puede incluir, pero no limitarse a, enfermedades como hepatitis, sífilis, gonorrea y virus de inmunodeficiencia humana (VIH), conocido también como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Solamente para publicidad / Recaudación de fondos, si procede: Entiendo que St. Vincent General Hospital District (SVGHD): recibirá no recibirá remuneración, ya sea directa o indirectamente, como resultado de la publicidad que se autorice en la presente.

Firma del paciente /

Padre / Representante

Legal: MR_SVGHD Patient Auth to Release PHI__SP

Fecha/Hora:

09/2020

Si es el Representante legal, nombre en letra de molde: _____ Parentesco con el paciente: _____
Se requiere la firma del menor para la divulgación de cualquier expediente de tratamiento al cual el menor pueda autorizar bajo la ley de Colorado.

**Solamente para
uso de SVGHD**

Solicitud recibida por: _____

Fecha de recepción: _____

Número de expediente médico: _____

Verificación de identidad (número de licencia de conducir / otro número de identificación): _____

Fecha de solicitud: ____/____/____

Completado por: _____

MR_SVGHD Patient Auth to Release PHI__SP

09/2020

Patient Authorization to Disclose Protected Health Information (PHI) *St. Vincent Hospital has 10 business days to complete the this request.

Patient's Full Name:	Date of Birth	Last 4 of Social Security #:
Street Address:	City, State, Zip Code	Telephone #:
E-mail Address:		

I hereby authorize the facility listed below to disclose/release the Protected Health Information specified in this request to the organization, agency or patient named.

Release By:	Release To:
Facility Name	Facility Name
Address	Address
City, State, Zip Code	City, State, Zip Code
HIM Phone #:	HIM Phone #:
Fax #:	Fax #:
Treatment Date(s): _____ - _____	Type of Disclosure Authorized & Delivery Instructions: Provide Copies of records to Organization/Agency/ Individual listed above. Mail records directly to address above Call to pick-up records: _____ Fax records to: _____
Purpose:	
Further Medical Care Worker's Comp Personal Use	
Insurance Legal Marketing/ Fundraising	
Other: _____	

Pertinent Protected Health Information (PHI) Authorized to be included:

Discharge Summary	Radiology	Special Studies	H & P (s)	Consult	Out PT Record(s)
RX Record(s)	Op Report(s)	Progress Note(s)	Psych Health Record(s)	Lab Result(s)	Physician Order(s)
Medial Record	Other (Specify): _____				

***Psychotherapy Notes are distinct and may not be included with the disclosure of any other protected health information. A Patient Authorization to Disclose Psychotherapy Notes must be completed.**

Authorization: I certify that this request is made voluntarily and that the information given above is accurate to the best of my knowledge. I understand that I may revoke this authorization at any time in writing by submitting my request in writing to the designated Health Information Management I Medical Records department. If I have authorized the disclosure of my health information to someone who is not legally required to keep it private, it may be re-disclosed and may no longer be protected. A copy or fax of this authorization will be as valid as the original.

I understand that authorizing disclosure of health information is voluntary. I understand that I may refuse to sign this authorization and that my refusal to sign will not affect my ability to obtain treatment, payment, or my eligibility to obtain benefits. I understand that I may inspect or obtain a copy of the information to be disclosed. I understand a fee may be charged for copies of my medical record. I understand the facility will provide me a copy of the signed authorization form. If I have questions about disclosure of my health information, I can contact the designated Corporate Responsibility and Privacy Officer.

Expiration: Without my express revocation, this authorization will automatically expire upon satisfaction of the need for disclosure, but in any event will expire 90 days from the date hereof, unless a different date is specified here:

Acknowledgement: I understand that the information to be disclosed may include any or all information involving communicable or venereal disease, psychological or psychiatric conditions, drug or alcohol abuse and/or alcoholism. It may also include, but is not limited to, diseases such as hepatitis, syphilis, gonorrhea and human immunodeficiency viruses (HIV), also known as acquired immune deficiency syndrome (AIDS).

For Marketing/Fundraising Purposes Only, if applicable: I understand that St. Vincent General Hospital District (SVGHD): will will not receive remuneration, either direct or indirect, as a result of the marketing that I hereby authorize.

Signature of Patient / Parent - Legal Representative: _____ Date/Time: _____ / _____

If Legal Representative, Print Name: _____ Relationship to Patient: _____

Minor's signature is required for release of any records for treatment which the minor may authorize under Colorado Law.

SVGHD Use Only Request Received By: _____ Date Received: _____

Medical Record #: _____ Identity Verification (DL# / Other ID#): _____

Date Completed: _____ / _____ / _____ Completed By: _____