

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

DIVULGAR REGISTROS MÉDICOS DESDE: ENVIAR REGISTROS MÉDICOS A:

Médico/Hospital/Establecimiento	Médico/Hospital/Organismo/Establecimiento/Persona
Dirección, ciudad, estado, código postal	Dirección, ciudad, estado, código postal
Número de teléfono (indique país)/Fax	Número de teléfono (indique país)/Fax/Correo electrónico

ENVIAR MIS REGISTROS MEDIANTE:

USPS (papel, CD cifrado, CD sin cifrar) Correo electrónico seguro Línea de fax no segura
 Recoger en Edwards Recoger en Vail Solo con autorización verbal Correo electrónico no seguro*

**Al seleccionar Correo electrónico no seguro para la transmisión de mi información de salud confidencial, reconozco que existe un mayor riesgo de que mi información sea interceptada y tenga acceso a ella alguien que no sea yo durante el proceso de transmisión.*

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL: entiendo que mis registros médicos podrían contener información acerca de mi salud mental, terapia psiquiátrica o tratamientos para superar el consumo de drogas o alcohol así como cualquier resultado de análisis de VIH (SIDA).

Autorizo la divulgación No autorizo la divulgación No se aplica a mi caso

INFORMACIÓN QUE PODRÁ DIVULGARSE:

Fechas de servicio (mes/día/año), desde: _____ hasta: _____

<input type="checkbox"/> Resumen (consulte el reverso del formulario)	<input type="checkbox"/> Anamnesis y exploración física/consulta	<input type="checkbox"/> Terapia física/del habla/ocupacional
<input type="checkbox"/> Registros de radiología/radiografías	<input type="checkbox"/> Películas/imágenes en CD-ROM	<input type="checkbox"/> Láminas de anatomía patológica
<input type="checkbox"/> Registro de la sala de emergencias/atención de urgencia	<input type="checkbox"/> Quimioterapia/radioterapia	<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio
<input type="checkbox"/> Notas de centro ambulatorio/clínica (especificar médico/clínica):		<input type="checkbox"/> Registros de vacunación
<input type="checkbox"/> Resumen de trabajo de parto y parto	<input type="checkbox"/> Procedimiento cardiológico	<input type="checkbox"/> Informe quirúrgico
<input type="checkbox"/> Resumen del alta		

Información de facturación: Factura estándar Factura detallada

Otros registros (especificar): _____

LA INFORMACIÓN SE EMPLEARÁ PARA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES FINES:

Continuación de la atención médica Reclamo por daños y perjuicios o ante la compañía de seguros Motivos personales
 Motivos legales Caso de indemnización laboral o discapacidad Otro (especificar): _____

Tiene derecho a recibir una copia de esta autorización firmada. CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA →

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL SOBRE LA SALUD:

Esta autorización se vencerá en la siguiente fecha o si ocurre el siguiente evento o condición:

Si no se especifica la fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización vencerá en 60 días. Entiendo que una vez que esta información se haya divulgado, las leyes sobre protección de privacidad dejarán de aplicar al receptor de la información y, por ende, no se podrá prohibir al receptor que vuelva a divulgarla. Podré revocar ésta autorización en cualquier momento, salvo por las actuaciones realizadas al amparo de dicha autorización. Entiendo que la autorización es voluntaria y que es posible que incurra en gastos por las copias que se preparen en respuesta a ésta solicitud. La copia o un facsímil del presente formulario tendrá la misma validez que el original. **He leído la información que antecede y autorizo la divulgación de mis registros médicos o de facturación según lo que se menciona anteriormente.**

Firma del paciente o su representante

Fecha

Nombre impreso del paciente o de su representante

Parentesco con el paciente

INFORMACIÓN ADICIONAL CON RESPECTO A LA SOLICITUD

Entiendo que esta autorización es voluntaria y que el hecho de que firme o no el presente documento no incidirá en el tratamiento prestado por Vail Health ni en el pago, la inscripción a servicios ni la posibilidad de recibir beneficios. Iniciales del paciente:

Solicitud de registros médicos en nombre de otra persona: si solicita los registros médicos de un tercero, es posible que tenga que brindar documentación adicional a fin de demostrar que tiene el derecho legal para hacerlo. Por ejemplo, cartas de representación, documentos que prueben que se posee tutela de un menor, declaración en la que se juramente ser heredero legítimo, entre otros. Comuníquese con el departamento de **"Medical Records" [Registros médicos] al 970-569-7403** para averiguar cuál es la documentación que se le exige para procesar la solicitud.

Solicitud de los registros al final de la consulta médica o durante su estancia como paciente en el hospital: Si solicita sus registros médicos durante su estadía en el hospital o al concluirlo, debe saber que puede haber informes o documentos faltantes que no se hayan finalizado al momento que reciba los registros solicitados. Dichos registros se considerarán incompletos y preliminares.

Tiempo de procesamiento: el tiempo de procesamiento de las solicitudes es de 10 días hábiles además del tiempo que lleve enviar la documentación. Sin embargo, es posible que lleve al menos 30 días procesar su solicitud. A menos que se solicite lo contrario, los registros se enviarán por correo de los EE. UU. Los registros solicitados en caso de urgencia médica se enviarán por fax directamente al médico tratante o al centro médico. Incluya su número de teléfono en la solicitud en caso de que tengamos que ponernos en contacto con usted para obtener más información. Si tiene preguntas sobre las solicitudes de copias de registros médicos, comuníquese con Vail Health al 970-569-7403.

Requisitos para recoger sus registros: si va a recoger sus registros personalmente o si envía a un representante a recogerlos, es obligatorio presentar una identificación con foto (licencia de conducir, pasaporte, etc.) antes de que se pueda dar acceso a los registros.

Nombre del representante tal como figura en la licencia de conducir:

En Vail

RESUMEN DE REGISTROS MÉDICOS:

resultados del laboratorio, informes/discos de diagnósticos por imagen, anamnesis y exploración física, consultas, resumen del alta, notas del médico del departamento de emergencias/atención de urgencias, procedimientos cardiológicos, informes quirúrgicos, cuando corresponda.

Vail Health: PO Box 40,000, Vail Co. 81658 181 W. Meadow Dr, Vail, Co. 81657,
Horario: 8 a.m.-4:30 p.m. • Tel.: (970) 477-3093 Fax: (970) 470-6600

En Edwards

320 Beard Creek Road (parte trasera del edificio), 2nd Fl., Edwards, Co. 81632
Horario: 8 a.m.-4:30 p.m. • Tel: (970) 569-7403 Fax: (970) 470-6641

Correo electrónico: Medical.Records@VailHealth.org

PARA USO EXCLUSIVO DE VAIL HEALTH:

Fecha en que se recibió la solicitud:	Informe médico divulgado por:	CD divulgado por:	Fecha de finalización:
Incompleto: Sí No	Qué se divulgó:	Fecha de registro:	
MRN/FIN:	Cantidad de páginas:	Cantidad de películas:	

Tiene derecho a recibir una copia de esta autorización firmada.