

Sección A: Esta sección debe completar para todas las autorizaciones					
Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:		Teléfono del paciente:	
				Últimos 4 dígitos del número de seguro social (opcional):	
Nombre del proveedor:		Nombre del receptor:			
Dirección del proveedor:		Dirección 1:			
		Dirección 2:		Teléfono del receptor:	
		Ciudad:		Estado:	Código postal:
Solicitar entrega (si se deja sin completar, se proporcionará una copia en papel): <input type="checkbox"/> Copia en papel <input type="checkbox"/> Medio electrónico, si está disponible (por ejemplo, unidad USB, CD/DVD) <input type="checkbox"/> Correo electrónico encriptado <input type="checkbox"/> Correo electrónico no encriptado NOTA: En caso de que el establecimiento no pueda realizar una entrega electrónica, según lo solicitado, se ofrecerá un método de entrega alternativo (por ejemplo, copia en papel). Existe algún nivel de riesgo de que un tercero pueda ver su ISP sin su consentimiento al recibir un correo electrónico o medio no encriptado. No nos hacemos responsables del acceso no autorizado a la ISP contenida en este formato o de ningún riesgo (por ejemplo, virus) que pudiera introducirse, potencialmente, a su computadora/dispositivo al recibir la ISP en formato electrónico o por correo electrónico.					
Correo electrónico (si se marcó correo electrónico antes, escríbalo en letra de imprenta legible):					
Esta autorización expirará: (completar con la fecha o el evento, pero no ambos.)					
Fecha:		Evento:			
Propósito de la divulgación:					
Descripción de la información a ser utilizada o revelada					
¿Es una solicitud de notas de psicoterapia? <input type="checkbox"/> Sí, y por lo tanto este es el único elemento que puede solicitar en esta autorización. Debe presentar otra autorización para los otros elementos a continuación. <input type="checkbox"/> No, entonces usted puede marcar tantos elementos como necesite.					
Descripción	Fecha(s):	Descripción	Fecha(s):	Descripción	Fecha(s):
<input type="checkbox"/> Toda la Información de salud protegida (ISP) en su registro médico <input type="checkbox"/> Formulario de admisión <input type="checkbox"/> Informes de dictado <input type="checkbox"/> Órdenes del médico <input type="checkbox"/> Entrada/salida <input type="checkbox"/> Prueba clínica		<input type="checkbox"/> Hojas de medicación <input type="checkbox"/> Información operativa <input type="checkbox"/> Laboratorio de cateterismo <input type="checkbox"/> Terapia/prueba especial <input type="checkbox"/> Tiras de ritmo <input type="checkbox"/> Información de enfermería <input type="checkbox"/> Formularios de transferencia <input type="checkbox"/> Información de emergencias		<input type="checkbox"/> Resumen del parto <input type="checkbox"/> Evaluación de enfermería obstétrica <input type="checkbox"/> Diagrama de flujo posparto <input type="checkbox"/> Factura detallada: <input type="checkbox"/> UB-04: <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Otro:	
Reconozco y doy mi consentimiento, que la información publicada puede contener información sobre alcoholismo, abuso de drogas, información genética, psiquiatría, prueba de VIH, resultados de VIH o SIDA. _____ (inicial)					
Comprendo que:					
1. Puedo negarme a firmar esta autorización y que es estrictamente voluntaria. 2. Mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no pueden estar condicionados para la firma de esta autorización. 3. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto sobre todas las medidas adoptadas antes de recibir la revocación. Se pueden encontrar más detalles en el Aviso de prácticas de privacidad. 4. Si el solicitante o el receptor no es un plan de salud o un proveedor de cuidado de la salud, la información divulgada ya no podrá estar protegida por las regulaciones federales de privacidad y podrá volver a ser divulgada. 5. Entiendo que puedo ver y obtener una copia de la información descrita en este formulario, por un pago razonable para la copia, si lo solicito. 6. Puedo obtener una copia de este formulario después de firmarlo.					
Sección B: ¿La solicitud de la ISP tiene fines de marketing o involucra la venta de la ISP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
En caso afirmativo, el plan de salud o proveedor de atención de la salud debe completar la sección B; de lo contrario, pases a la sección C.					
¿El destinatario recibirá compensación financiera o en especie a cambio de la divulgación de la información? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
En caso afirmativo, describa:					
¿El destinatario de la ISP desea intercambiar aún más la información por una remuneración económica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Sección C: Firmas					
He leído lo anterior y autorizo la divulgación de la información de salud protegida, según lo indicado.					
Firma del paciente/representante del paciente:				Fecha:	
Nombre en letra de imprenta del representante del paciente:				Relación con el paciente:	



Authorization for Use and Disclosure of Protected Health Information (PHI)
 FAX TO 720-279-6593

Patient Information/Label



Sección A: Esta sección debe completar para todas las autorizaciones					
Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:		Teléfono del paciente:	
				Últimos 4 dígitos del número de seguro social (opcional):	
Nombre del proveedor:		Nombre del receptor:			
Dirección del proveedor:		Dirección 1:			
		Dirección 2:		Teléfono del receptor:	
		Ciudad:		Estado:	Código postal:
Solicitar entrega (si se deja sin completar, se proporcionará una copia en papel): <input type="checkbox"/> Copia en papel <input type="checkbox"/> Medio electrónico, si está disponible (por ejemplo, unidad USB, CD/DVD) <input type="checkbox"/> Correo electrónico encriptado <input type="checkbox"/> Correo electrónico no encriptado NOTA: En caso de que el establecimiento no pueda realizar una entrega electrónica, según lo solicitado, se ofrecerá un método de entrega alternativo (por ejemplo, copia en papel). Existe algún nivel de riesgo de que un tercero pueda ver su ISP sin su consentimiento al recibir un correo electrónico o medio no encriptado. No nos hacemos responsables del acceso no autorizado a la ISP contenida en este formato o de ningún riesgo (por ejemplo, virus) que pudiera introducirse, potencialmente, a su computadora/dispositivo al recibir la ISP en formato electrónico o por correo electrónico.					
Correo electrónico (si se marcó correo electrónico antes, escríbalo en letra de imprenta legible):					
Esta autorización expirará: (completar con la fecha o el evento, pero no ambos.)					
Fecha:		Evento:			
Propósito de la divulgación:					
Descripción de la información a ser utilizada o revelada					
¿Es una solicitud de notas de psicoterapia? <input type="checkbox"/> Sí, y por lo tanto este es el único elemento que puede solicitar en esta autorización. Debe presentar otra autorización para los otros elementos a continuación. <input type="checkbox"/> No, entonces usted puede marcar tantos elementos como necesite.					
Descripción		Fecha(s):		Descripción	
Descripción		Fecha(s):		Descripción	
<input type="checkbox"/> Toda la Información de salud protegida (ISP) en su registro médico <input type="checkbox"/> Formulario de admisión <input type="checkbox"/> Informes de dictado <input type="checkbox"/> Órdenes del médico <input type="checkbox"/> Entrada/salida <input type="checkbox"/> Prueba clínica		<input type="checkbox"/> Hojas de medicación <input type="checkbox"/> Información operativa <input type="checkbox"/> Laboratorio de cateterismo <input type="checkbox"/> Terapia/prueba especial <input type="checkbox"/> Tiras de ritmo <input type="checkbox"/> Información de enfermería <input type="checkbox"/> Formularios de transferencia <input type="checkbox"/> Información de emergencias		<input type="checkbox"/> Resumen del parto <input type="checkbox"/> Evaluación de enfermería obstétrica <input type="checkbox"/> Diagrama de flujo posparto <input type="checkbox"/> Factura detallada: <input type="checkbox"/> UB-04: <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Otro:	
Reconozco y doy mi consentimiento, que la información publicada puede contener información sobre alcoholismo, abuso de drogas, información genética, psiquiatría, prueba de VIH, resultados de VIH o SIDA. _____ (inicial)					
Comprendo que:					
1. Puedo negarme a firmar esta autorización y que es estrictamente voluntaria. 2. Mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no pueden estar condicionados para la firma de esta autorización. 3. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto sobre todas las medidas adoptadas antes de recibir la revocación. Se pueden encontrar más detalles en el Aviso de prácticas de privacidad. 4. Si el solicitante o el receptor no es un plan de salud o un proveedor de cuidado de la salud, la información divulgada ya no podrá estar protegida por las regulaciones federales de privacidad y podrá volver a ser divulgada. 5. Entiendo que puedo ver y obtener una copia de la información descrita en este formulario, por un pago razonable para la copia, si lo solicito. 6. Puedo obtener una copia de este formulario después de firmarlo.					
Sección B: ¿La solicitud de la ISP tiene fines de marketing o involucra la venta de la ISP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
En caso afirmativo, el plan de salud o proveedor de atención de la salud debe completar la sección B; de lo contrario, pases a la sección C.					
¿El destinatario recibirá compensación financiera o en especie a cambio de la divulgación de la información? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
En caso afirmativo, describa:					
¿El destinatario de la ISP desea intercambiar aún más la información por una remuneración económica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Sección C: Firmas					
He leído lo anterior y autorizo la divulgación de la información de salud protegida, según lo indicado.					
Firma del paciente/representante del paciente:				Fecha:	
Nombre en letra de imprenta del representante del paciente:				Relación con el paciente:	



Authorization for Use and Disclosure of Protected Health Information (PHI)
 FAX TO 720-279-6593

Patient Information/Label

