

**AUTHORIZATION FOR THE RELEASE OF PATIENT HEALTH INFORMATION (MEDICAL AND BILLING RECORDS)**  
**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE (HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS DE FACTURACIÓN)**

Vail Health incluye los servicios del Vail Health Hospital

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**DIVULGAR HISTORIA CLÍNICA DE:**

**ENVIAR HISTORIA CLÍNICA A:**

\_\_\_\_\_  
 Doctor/Hospital/Establecimiento

\_\_\_\_\_  
 Doctor/Hospital/Organismo/Establecimiento/Persona

\_\_\_\_\_  
 Dirección/Ciudad/Estado/Código postal

\_\_\_\_\_  
 Dirección/Ciudad/Estado/Código postal

\_\_\_\_\_  
 Teléfono (indique país) / Fax

\_\_\_\_\_  
 Teléfono (indique país) / Fax / Correo electrónico

**Enviar mi historia clínica mediante:**  USPS (\_\_\_ en papel o \_\_\_ CD cifrado, \_\_\_ CD sin cifrar)  Correo electrónico seguro

Línea de fax no segura  Recoger en Edwards  Recoger en Vail  Solo con autorización verbal  Unsecured correo

**Información confidencial:** entiendo que mi historia clínica podría 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).  Brindo mi autorización;  No brindo mi autorización;  No se aplica a mi caso.

**INFORMACIÓN QUE PODRÁ DIVULGARSE:**

**Por fechas de servicio (Mes / Día / Año):** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Resumen de la historia clínica (véase reverso del formulario)  Anamnesis y exploración física

Fisioterapia, logopedia o terapia ocupacional

Informes radiológicos o radiográficos  Imágenes o películas en CD-ROM  Láminas de anatomía patológica

Registros de sala de emergencia o de cuidados intensivos  Quimioterapia o radiación  Informes de laboratorio

Notas de centro ambulatorio o clínica (indicar médico o clínica): \_\_\_\_\_  Registros de vacunación

Informe del parto  Procedimiento cardiológico  Informe quirúrgico  Informe de alta hospitalaria

Información de facturación:  Factura estándar o  pormenorizada  Otros registros (indique): \_\_\_\_\_

**LA INFORMACIÓN SE EMPLEARÁ PARA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES FINES:**  Continuación de la atención médica

Presentación de un reclamo por daños y perjuicios o ante la compañía de seguros  Motivos personales

Motivos legales  Por un caso de indemnización laboral o discapacidad  Otro: \_\_\_\_\_

**Autorización para usar la información de salud confidencial divulgada:**

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

Si no se especifica fecha, evento o condición de vencimiento, **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 divulgarla. Podré revocar esta 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 esta 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 mi historia clínica o de los registros de facturación según lo que se menciona anteriormente.**

\_\_\_\_\_  
**Firma de la paciente o su representante**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre en imprenta de la paciente o de su representante**

\_\_\_\_\_  
**Parentesco con la paciente**

El paciente tiene derecho a recibir una copia de la autorización firmada

**AUTHORIZATION FOR THE RELEASE OF PATIENT HEALTH INFORMATION (MEDICAL AND BILLING RECORDS)  
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE (HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS DE FACTURACIÓN)**

Vail Health incluye los servicios del Vail Health Hospital

**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 de la paciente:** \_\_\_\_\_

**Solicitud de la historia clínica en nombre de otra persona:** si solicita la historia clínica 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**” 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 su historia clínica durante su estadía en el hospital o al concluirla, debe saber que pueden 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. Sírvase añadir 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 historias clínicas, comuníquese con Vail Health al 970-569-7403.

**Requisitos para recoger los registros:** si recoge 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:** \_\_\_\_\_

**Resumen de expedientes médicos: resultados del laboratorio, informes/discos de diagnósticos por imagen, anamnesis y exploración física, consultas, resume del alta, notas del médico del Dto. de emergencias/de la sala de urgencias, procedimientos cardiológicos, informe quirúrgico, cuando corresponda.**

**En Vail**

**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](mailto:Medical.Records@vailhealth.org)

**For VAIL HEALTH use Only (solo para uso de Vail Health):**

<b>Date Request Recvd:</b>	<b>Med. Rec. released by:</b>	<b>CD released by:</b>	<b>Completion Date:</b>
<b>Incomplete : Yes / No</b>	<b>What was released?</b>		<b>Log date:</b>
<b>MRN/ FIN:</b>		<b># of pages:</b>	<b># of films:</b>

**El paciente tiene derecho a recibir una copia de la autorización firmada**