

**Por favor envíe el formulario completo de una de las siguientes maneras:  
 Correo Electrónico a myportal@vvh.org, fax al 970-384-8179 o por correo postal a:  
Valley View Hospital A la atención de: Medical Records 1906 Blake Ave. Glenwood Springs, CO 81601**

**1. Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_  
**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_  
**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

**2. La información puede ser divulgada por:**

- |   |   |   |                               |
|---|---|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Valley View Hospital ( ACU, CCU, ER, Urgent Care, Lab & Radiology) | <input type="checkbox"/> Internal Medicine            | <input type="checkbox"/> Rocky Mountain Urology | Roaring Fork Surgical         |
| <input type="checkbox"/> Calaway-Young Cancer Center  | <input type="checkbox"/> The Lung Center              | <input type="checkbox"/> Silt Medical Center    | Mount Sopris Plastic Surgery/ |
| <input type="checkbox"/> Eagle Valley Family Practice                                       | <input type="checkbox"/> The Neurology Center         | <input type="checkbox"/> Valley Orthopedic      | Breast Center @ VVH           |
| <input type="checkbox"/> Foot & Ankle Center  | <input type="checkbox"/> Rehabilitation Services      | <input type="checkbox"/> Women's Health         | The Spine Center              |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterology Center  | <input type="checkbox"/> Roaring Fork Family Practice | <input type="checkbox"/> Wound Care Center      | Nombre de Instalacion: _____  |
| <input type="checkbox"/> Heart & Vascular Center  |   |   |                               |

**3. La información puede divulgarse a:**

- Personal (solo para paciente)  
 Otro: nombre de la persona o instalación \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono # \_\_\_\_\_ Fax # \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**4. Solicito que mis registros sean divulgados mediante de el siguiente método.**

- Correo Electrónico  Fax  Correo

Fecha(s) de servicio y/o condición(es) tratadas: \_\_\_\_\_

**5. Indique qué tipo(s) de información puede divulgarse.**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Registros de Anestesia            | <input type="checkbox"/> Emergencia/Urgencias                            | <input type="checkbox"/> Notas de Proveedores Clinicos            |
| <input type="checkbox"/> Expediente de facturación         | <input type="checkbox"/> Historial y Físico                              | <input type="checkbox"/> Informes operativos                      |
| <input type="checkbox"/> Informes de consulta              | <input type="checkbox"/> Registros de Inmunización                       | <input type="checkbox"/> Informes de Rayos X (MRI, CT, X-Ray, US) |
| <input type="checkbox"/> Reportes de Exámenes Diagnosticos | <input type="checkbox"/> Resultados del laboratorio/ patología/ muestras | <input type="checkbox"/> Imágenes de Radiología                   |
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta                  | <input type="checkbox"/> Registro de medicamentos                        | <input type="checkbox"/> Servicios de Rehabilitación (PT, OT, ST) |
| <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____         |  |   |

**6. Propósito de la divulgación:**

- Atención médica adicional  Personal  Elegibilidad/Beneficios de seguro  
 Investigación o acción legal  Otro: \_\_\_\_\_

7. Entiendo que la información en mi expediente de salud puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA/AIDS) o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH/HIV). También puede incluir información sobre servicios de salud mental o conductual y tratamiento para el abuso del alcohol. Esta información se le suministra a usted a partir de expedientes cuya confidencialidad puede estar protegida por leyes estatales y/o federales.
8. Entiendo que su institución puede recibir una compensación por copiar los expedientes médicos de acuerdo con las leyes estatales.
9. Entiendo que tengo derecho a inspeccionar y obtener una copia de la información protegida sobre mi salud incluida en los expedientes que usted o sus socios mantienen. Entiendo que, sin embargo, no tengo derecho a inspeccionar ni a obtener copia de cualquier información o notas de psicoterapia ni de información alguna compilada para ser usada en una acción o procedimiento civil, criminal o administrativo, cualquier información no sujeta a divulgación según las Enmiendas para mejorar los laboratorios clínicos o "Clinical Laboratory Improvements Amendments" (CLIA) de 1988 {42 U.S.C. sección 263 (a)}, y ciertos otros expedientes.
10. Entiendo que puedo rehusarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad de obtener tratamiento o pago, ni mi elegibilidad para los beneficios. Puedo inspeccionar o copiar cualquier información usada o divulgada bajo esta autorización como se describe en el número 7 anterior.
11. Entiendo que la información divulgada a tenor con esta autorización puede ser divulgada de nuevo por el recipiente y ya no estará protegida por los términos de esta autorización.
12. Entiendo que puedo revocar por escrito esta autorización en cualquier momento. Entiéndase que si revoco esta autorización, tengo que hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita al Departamento de manejo de información de salud o "Health Information Management Department". Entiendo que la revocación no aplicará a información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización. **Esta autorización expira dentro de 365 días o la duración de (evento).**

**Firma del paciente/representante** \_\_\_\_\_

**Fecha/Hora** \_\_\_\_\_

**Firma de testigo** \_\_\_\_\_

**Fecha/Hora** \_\_\_\_\_

(Si firma otra persona aparte del paciente, identifique a continuación el parentesco y la autoridad para firmar).

Autoridad legal:  \_\_\_\_\_

Released by (VVH Employee): \_\_\_\_\_ **Date/Time:** \_\_\_\_\_

**AUTHORIZATION TO RELEASE PATIENT INFORMATION - Spanish**



VALLEY VIEW