



**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Yo, \_\_\_\_\_, nacido en \_\_\_\_\_,  
Nombre completo del paciente Fecha de nacimiento

y viviendo en \_\_\_\_\_,  
Domicilio, Ciudad, Estado, Código postal, Telefono

autorizo a Aspen Valley Hospital divulgar información de mis expedientes médicos. Esta autorización incluye la divulgación de la información sobre el tratamiento de condiciones psiquiátricas, psicológicas, drogadicción o alcoholismo y condiciones o pruebas del VIH o SIDA.

Autorizo que se divulgue la siguiente información: \_\_\_\_\_  
Fechas en que recibió los servicios

- Todo mi expediente médico
- Resumen de mi alta hospitalaria
- Expediente de Urgencias
- Antecedentes médicos y estado físico
- Reporte quirúrgico
- Reporte patológico
- Resultados de pruebas de laboratorio
- Factura detallada
- Resultados de radiología (reporte)
- Resultados de radiología (imágenes)
- Otro: \_\_\_\_\_

Esta información se divulgará a:

<i>Nombre de la persona/organización</i>	<i>Dirección, número y nombre de la calle</i>
<i>Ciudad, Estado, Código postal</i>	<i>Teléfono</i>
<i>Dirección electrónica</i>	<i>Número de Fax (envíos por fax únicamente a médicos y entidades médicas)</i>

Solicito que se divulgue esta información con propósitos de:

- Continuar mi cuidado médico
- Interés personal
- Facturación/solicitud de pagos
- Evaluación externa
- Otro: \_\_\_\_\_

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, salvo el caso en toda acción que se haya tomado antes de la revocación. La revocación deberá hacerlo por escrito a Aspen Valley Hospital. Esta autorización se vencerá en \_\_\_\_\_. Confirmo que he leído y he entendido la información anterior pertinente a mi caso. Entiendo que firmar esta autorización no es una condición para recibir tratamiento, hacer pagos, suscribirse en cualquier plan de salud, ni para recibir beneficios de elegibilidad. Por medio de la presente autorizo la divulgación de mi expediente médico con el propósito señalado anteriormente. Entiendo que una vez divulgados estos expedientes, tal información ya no estará bajo la protección de Aspen Valley Hospital.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

\_\_\_\_\_  
Hora

\_\_\_\_\_  
Padre de familia, guardian o representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Parentesco con el paciente

**Para el uso del personal de AVH:**

- ID Checked
- Released by \_\_\_\_\_
- Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Via  Mail  Fax  In Person  E-mail
- Entered in Correspondence by \_\_\_\_\_