

**SOLICITUD DE REGISTROS MÉDICOS Y AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA DE OTROS CENTROS**

Yo, \_\_\_\_\_, nacido el \_\_\_\_\_,  
Ponga su nombre completo Fecha de nacimiento

con domicilio en \_\_\_\_\_,  
Dirección, ciudad, estado, código postal, número telefónico

autorizo \_\_\_\_\_  
 divulgar información de mi expediente médico. Esta autorización incluye la divulgación de información sobre tratamiento de enfermedad psiquiátrica o psicológica, drogadicción y / o alcoholismo, y enfermedades o pruebas relacionadas con el VIH o SIDA. Información que autorizo a ser divulgada:

- Todo mi expediente médico       Resumen del alta       Expediente de urgencias  
 Antecedentes médicos y físicos       Informe quirúrgico       Informe patológico  
 Resultados de pruebas de diagnóstico (laboratorio, radiografías, imágenes)

Otro: \_\_\_\_\_

Esta información será divulgada a:      Aspen Valley Primary Care Clinic      **FAX AL 970-927-3915**  
 1460 East Valley Road Suite 103  
 Basalt, CO 81621  
 FAX: 970-927-3915

Solicito que esta información sea divulgada con propósitos de:  
 Continuar con la atención médica       Interés personal       Facturación y/o reclamos       Evaluación externa  
 Otro: \_\_\_\_\_

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas antes de la revocación. La revocación debe hacerse por escrito a Aspen Valley Hospital. Esta autorización caducará en \_\_\_\_\_. Afirmo que he leído y comprendido las declaraciones anteriores según se apliquen a mí. Entiendo que el tratamiento, el pago, la inscripción en cualquier plan de salud o la elegibilidad para los beneficios no están condicionados a la firma de esta autorización. Por la presente autorizo la divulgación de los registros médicos con el propósito y medida indicados anteriormente. Entiendo que una vez que se divulguen estos registros, la información ya no estará protegida por la entidad emisora.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente      Fecha de la firma      Hora de la firma

\_\_\_\_\_  
Padre, Guardián legal, Representante Autorizado

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

**Para ser completado por AVH:**  
 ID verificación de identificación  
 Divulgado por \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Vía:  Correo     Fax     En persona     Email  
 Ingresado en correspondencia por \_\_\_\_



**ASPEN VALLEY HOSPITAL**  
**CENTER FOR MEDICAL CARE**

Primary Care Clinic - Teléfono 970-279-4111  
Primary Care Clinic - Fax 970-927-3915