

vail | aspen | breckenridge | glenwood dermatology

PO Box 2736 / 1140 Edwards Village Blvd, B200, Edwards, CO 81632 | p. 970.926.9226 f. 970.926.8755

Nombre Del Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____

AUTORIZACION PARA EL LANZAMIENTO Y/O OBTENER INFORMACION DEL PACIENTE

Obtener De: (INSTALACION DE OBTENCION DE REGISTROS MEDICOS)	Liberar A: (INSTALACION DE LIBERACION DE REGISTROS MEDICOS)
Nombre:	Nombre:
Dirreccion:	Dirreccion:
Numero de Telefono:	Numero de Telefono:

Por lo presente, doy permiso a la instalación de liberación de registros medicos para divulgar mi información de salud identificable individualmente, tal como se detalla a continuación. Entiendo que una vez que se revele esta identificación de información, es posible que ya no esté protegida por vail | aspen | breckenridge dermatology. Entiendo que esta autorización es voluntaria, que el tratamiento posterior no puede estar condicionado a la firma de esta autorización.

INFORMACION PARA SER DIVULGADA (marque todas que correspondan):

Fecha(s) del Servicio: _____ a: _____

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Informe de Sala de Emergencias | <input type="checkbox"/> Tratamiento de Salud Mental | <input type="checkbox"/> Información Genética |
| <input type="checkbox"/> Resumen de Alta | <input type="checkbox"/> Tratamiento de Drogas / Alcohol | <input type="checkbox"/> VIH / SIDA |
| <input type="checkbox"/> Informes Operativos | <input type="checkbox"/> Informes Radiologicos | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Historia y Físico | <input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio | _____ |
| <input type="checkbox"/> Notas Clínicas / De Progreso | <input type="checkbox"/> Otros Resultados de Prueba | _____ |
| <input type="checkbox"/> Registros de Inmunización | | |

Autorización: Entiendo que puedo recuperar el permiso para divulgar mis registros médicos en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas para cumplirlo. Yo entiendo que este consentimiento caducará en 190 días a partir de la fecha de mi firma a menos que yo proporcione una notificación por escrito que indique que debe revocarse. También entiendo que la revocación escrita debe estar firmada y fechada con una fecha posterior a la fecha de esta autorización. Una copia del facsímil de este formulario se debe considerar tan válida como el original.

Firma Del Paciente o Representante Autorizado

Fecha de la Firma

Nombre Impreso

Relacion al Paciente (si es aplicable)

LOS RECONOCIMIENTOS DEL PACIENTE SOBRE EL ACCESO A LOS REGISTROS MEDICOS

Por lo presente reconozco que yo, el paciente / representante autorizado ha inspeccionado _____ y / o recibido _____ fotocopias de los registros médicos de Vail Dermatology del paciente mencionado anteriormente.

Fecha

Firma

Fecha

Testigo