700 Columbine St., Sterling, CO 80751 - (970) 522-3741 – (877) 795-0646 - www.nchd.org

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Autorizo a _____(agencia/proveedor) a usar y divulgar información

médica protegida a _____(agencia/proveedor).

Esta autorización es válida durante el periodo: desde (fecha) _____ hasta (fecha) _____

☐ Autorizo la **divulgación (solicitud)** de registros médicos específicos
☐ Autorizo la **divulgación (intercambio)** de registros médicos específicos

Tipos de registros autorizados para divulgación: _____

Esta información debe divulgarse a (proveedor/agencia): _____

_____ _____ _____
Dirección Teléfono Fax

La información se divulgará para los siguientes fines: (seleccione una)
☐ A petición mía U ☐ Otro (especifique)_____

Entiendo lo siguiente: el Departamento de Salud del Noreste de Colorado no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios al hecho de que yo firme esta autorización.

Entiendo que mi información médica puede ser potencialmente divulgada de nuevo por el destinatario identificado en esta autorización. El Departamento de Salud del Noreste de Colorado no es responsable de dichas divulgaciones. El Departamento de Salud del Noreste de Colorado y su personal quedan exentos de cualquier responsabilidad legal por las divulgaciones hechas de conformidad con esta autorización.

Entiendo que esta autorización puede revocarse por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas sobre la base de esta autorización. A menos que se la revoque, esta autorización vencerá en la fecha, el evento o la condición indicados anteriormente:

_____

_____ _____
Firma del paciente o representante legal Fecha

Descripción de la autoridad del representante para actuar en nombre del paciente: _____