

## AUTORIZACIÓN PARA REGISTROS MÉDICOS

### Authorization for Medical Records

Al firmar este formulario, usted autoriza a Montrose Regional Health a divulgar la información de salud identificable a la persona/entidad indicada. Los elementos no marcados se consideran no aplicables o específicamente no autorizados para su divulgación. MRH no puede condicionar el tratamiento, el pago de la inscripción o la elegibilidad para recibir beneficios a si usted firma esta autorización o no lo hace. Espere entre 7 y 10 días hábiles.

1. Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ 2. Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ 3. Número de teléfono: \_\_\_\_\_

#### 4. Organización que divulga la información

Montrose Regional Health  
800 South Third  
Montrose, Colorado 81401  
Teléfono: 970-240-7365  
Fax: 970-240-7761  
HIMROI@montrosehealth.com

#### 5. Persona/Entidad que recibe la información:

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Persona/entidad que recoge/recibe los registros: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la persona/entidad que recoge los registros: \_\_\_\_\_

**Solicito que los registros estén en:**  CD  Papel

Enviar por correo electrónico cifrado: \_\_\_\_\_

Tenga en cuenta que las comunicaciones por correo electrónico a través de Internet no son seguras. Si bien es poco probable, existe la posibilidad de que la información que usted incluya en un correo electrónico pueda ser interceptada y leída por otras partes además de la persona a la que se dirige.

#### 6. Descripción específica de la información

##### Ubicación

Tipo de terapia \_\_\_\_\_

Montrose Lung & Sleep Center

Clínica de cardiología

Alpine Women's Center

San Juan Cancer Center

Montrose Regional Health

Todos los informes dictados de proveedores \_\_E

Informe operatorio

Antecedentes y examen físico

Resumen del alta hospitalaria

Informe de la sala de emergencias

Respiratorio

Resultados de laboratorio

Informe de patología

Registro/informes de anestesia

Informes de radiología

Otro/Varios

EMG, conducción nerviosa

Informes de cardiología/ECG

Resultados de COVID-19

Registros de nacimiento

Registro médico completo - **Se pueden aplicar cargos por copias.**

#### 7. Fecha(s) de servicio:

#### 8. Propósito de la divulgación:

A mi solicitud (el paciente es el iniciador de la autorización)

Propósito de la autorización: \_\_\_\_\_

#### 9. Comprendo que estos registros pueden incluir información relacionada con (marque si corresponde)

Consumo de alcohol o drogas

Atención o consulta psiquiátrica

Pruebas genéticas

Abuso de menores

Anemia de células falciformes

Pruebas o tratamiento del SIDA o VIH

#### 10. Vencimiento y revocación: Comprendo que esta autorización vencerá

en 1 año a partir de la fecha de la firma

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Duración del evento específico \_\_\_\_\_

Si elige revocar esta autorización, esto no tendrá ningún efecto sobre ninguna acción tomada antes de la revocación.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a Montrose Regional Health, proveedor de atención médica, la información divulgada puede ya no estar protegida por las reglamentaciones federales o estatales sobre privacidad, y puede volver a divulgarse sin mi conocimiento.

#### 11. Divulgación posterior: Comprendo que si la persona autorizada para recibir la información no es un plan de salud o

12. \*Cargo por copias: Entiendo que, de acuerdo con la legislación del Estado de Colorado 6 C.C.R 1011-1 Capítulo 2, Sección 5.2.3.4, es posible que se me cobre por las copias de mis registros médicos. MRO Corp. facturará cualquier cargo debido a copias.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/tutor/representante personal

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

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

#### Exclusivo para uso administrativo:

N.º de registro médico \_\_\_\_\_

Fecha en que se completó: \_\_\_\_\_ Iniciales: \_\_\_\_\_

N.º de solicitud de MRO: \_\_\_\_\_  Se entregó disco con diagnóstico por imágenes

Id. verificada

