

AUTORIZACIÓN PARA REGISTROS MÉDICOS

Authorization for Medical Records

Al firmar este formulario, usted está autorizando a Montrose Memorial Hospital a divulgar la información de salud identificable a la persona o entidad mencionada. Los elementos no seleccionados se consideran no aplicables o específicamente no autorizados para su lanzamiento. MMH no puede condicionar el tratamiento, pago de inscripción o elegibilidad para los beneficios a que usted firme esta autorización. Por favor, espere de 7 a 10 días hábiles.

1. Nombre del Paciente: _____

2. Fecha de Nacimiento: _____

3. Personas / Organizaciones que publican Información

4. Persona / Lugar que recibe la información:

Montrose Memorial Hospital
 800 South Third
 Montrose, Colorado 81401
 970-240-7365 phone
 970-240-7761 fax

Numero de Teléfono: _____

5. Descripción específica de la información

- Todos los informes de médicos dictados
- Informe operativo
- Historia y Física
- Resumen de alta
- Informe ER
- Respiratorio
- Resultados de laboratorio
- Resultados de Covid
- Informe de Patología
- Registro / informes de anestesia
- Registros de nacimiento
- EMG, Conducción Nerviosa
- Informes EKG / Cardiología
- Registro médico completo: se pueden aplicar cargos por copia

- Informes de radiología
 - Rayos X
 - CAT/CT Scan
 - MRI/ MRA
 - Ultrasonido
 - Mamografía
- Imágenes de radiología en CD
 - Rayos X
 - CAT/CT Scan
 - Ultrasonido
 - MRI/ MRA
 - Mamografía
- Terapia - que tipo _____

6. Fecha(s) de Servicio: _____

7. Propósito de la liberación: A mi petición (paciente iniciador de auth) Propósito de la autorización _____

8. Solicito que los registros sean: CD Papel Enviado por correo electrónico encriptado - _____

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

9. Entiendo que estos registros pueden incluir información relacionada con (verificar si corresponde)

- Uso de alcohol y / o drogas
- Pruebas genéticas
- Anemia de células falciformes
- Atención o consulta psiquiátrica
- Abuso de niños
- Pruebas o tratamientos de SIDA o VIH

10. Caducidad y revocación: entiendo que esta autorización expirará

1 año desde la fecha de la firma Fecha ____/____/____ Duración del evento específico _____

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a la organización proveedora por escrito. Si lo hago no tendrá ningún efecto en las acciones que tomaron antes de que recibieran la revocación.

11. Divulgación: Entiendo que, si la persona que está autorizada para recibir la información no es un plan de salud o proveedor de atención médica, la información divulgada puede dejar de estar protegida por las normas de privacidad federales o estatales, y puede volver a divulgarse sin que yo sepa

12. Cargo por copias: Entiendo que de acuerdo con la ley del Estado de Colorado, 6 C.C.R 1011-1 Capítulo 2, Parte 5.2.3.4, se me pueden cobrar por copias de mis registros médicos. MRO Corp. facturará las tatifas basadas en copias.

13. _____
Firma del Paciente /Representación personal **Relación con el Paciente** **Fecha**

Uso solo en la oficina:
 Office use only:

ID Verified

MR# _____

Complete: _____ Initials: _____

MRO Request#: _____

