

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre de paciente	Fecha de nacimiento
--------------------	---------------------

DIVULGAR HISTORIA CLÍNICA DE:
ENVIAR HISTORIA CLÍNICA A:

Doctor/Hospital/Establecimiento	Doctor/Hospital/Organismo/Establecimiento/Persona
Dirección/Ciudad/Estado/Código postal	Dirección/Ciudad/Estado/Código postal
Teléfono (indique país)/Fax	Teléfono (indique país) /Fax/Correo electrónico

ENVIAR MI HISTORIA CLÍNICA MEDIANTE:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Correo USPS | <input type="checkbox"/> Correo electrónico seguro | <input type="checkbox"/> Línea de fax no segura |
| <input type="checkbox"/> Recoger en Edwards | <input type="checkbox"/> Recoger en Vail | <input type="checkbox"/> Solo con autorización verbal |

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL: Entiendo que mi historia clínica podría contener información acerca de mi salud mental, terapia psiquiátrica o tratamientos para superar el consumo de drogas o alcohol así como cualquier resultado de análisis de VIH (SIDA).

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Brindo mi autorización | <input type="checkbox"/> No brindo mi autorización | <input type="checkbox"/> No se aplica a mi caso |
|---|--|---|

INFORMACIÓN QUE PODRÁ DIVULGARSE:

Por fechas de servicio (Mes/Día/Año): _____ / _____ / _____ a _____ / _____ / _____

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Registro de anestesia | <input type="checkbox"/> Anamnesis y exploración física | <input type="checkbox"/> Registro completo con facturación |
| <input type="checkbox"/> Informe de alta | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio/patológica | <input type="checkbox"/> Registro completo sin facturación |
| <input type="checkbox"/> EKG/Informe cardiológico | <input type="checkbox"/> Informe quirúrgico | <input type="checkbox"/> Otros registros (indique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Información de facturación: <input type="checkbox"/> Factura estándar <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Pormenorizada _____ | | |

LA INFORMACIÓN SE EMPLEARÁ PARA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES FINES:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Continuación de la atención médica | <input type="checkbox"/> Daño/Reclamo/Seguro | <input type="checkbox"/> Motivos legales |
| <input type="checkbox"/> Motivos personales | <input type="checkbox"/> Indemnización laboral/discapacidad | <input type="checkbox"/> Otro (indique): _____ |

Autorización para usar la información de salud confidencial divulgada:

Esta autorización vencerá en 180 días. Entiendo que una vez que esta información se haya divulgado, las leyes sobre protección de privacidad dejarán de aplicar al receptor de la información y, por ende, no se podrá prohibir al receptor que vuelva divulgarla. Podré revocar esta autorización en cualquier momento, salvo por las actuaciones realizadas al amparo de dicha autorización. Entiendo que la autorización es voluntaria y que es posible que incurra en gastos por las copias que se preparen en respuesta a esta solicitud. La copia o un facsímil del presente formulario tendrá la misma validez que el original. **He leído la información que antecede y autorizo la divulgación de mi historia clínica o de los registros de facturación según lo que se menciona anteriormente. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que el hecho de que firme o no el presente documento no incidirá en el tratamiento prestado por Vail Valley Surgery Center ni en el pago, la inscripción a servicios ni la posibilidad de recibir beneficios.**

Firma de la paciente o su representante

Fecha

Nombre en imprenta de la paciente o desu representante

Parentesco con la paciente

Información adicional con respecto a la solicitud

Solicitud de la historia clínica en nombre de otra persona: Si solicita la historia clínica de un tercero, es posible que tenga que brindar documentación adicional a fin de demostrar que tiene el derecho legal para hacerlo. Por ejemplo, cartas de representación, documentos que prueben que se posee tutela de un menor, declaración en la que se juramente ser heredero legítimo, entre otros. Comuníquese con el departamento de “**Medical Records**” al **970-569-7707** para averiguar cuál es la documentación que se le exige para procesar la solicitud.

Solicitud de los registros al final de la consulta médica: Si solicita su historia clínica al final de la consulta médica, debe saber que pueden haber informes o documentos faltantes que no se hayan finalizado al momento que reciba los registros solicitados. Dichos registros se considerarán incompletos y preliminares.

Tiempo de procesamiento: El tiempo de procesamiento de las solicitudes es de 5 días hábiles además del tiempo que lleve enviar la documentación. Sin embargo, es posible que lleve al menos 30 días procesar su solicitud. A menos que se solicite lo contrario, los registros se enviarán por correo de los EE.UU. Los registros solicitados en caso de urgencia médica se enviarán por fax directamente al médico tratante o al centro médico. Sírvase añadir su número de teléfono en la solicitud en caso de que tengamos que ponernos en contacto con usted para obtener más información. Si tiene preguntas sobre las solicitudes de copias de historias clínicas, comuníquese con Vail Valley Surgery Center al 970-569-7707 o vvscmedrec@vailhealth.org.

Requisitos para recoger los registros: si recoge sus registros personalmente o si envía a un representante a recogerlos, es **obligatorio** presentar una **identificación con foto** (licencia de conducir, pasaporte, etc.) antes de que se pueda dar acceso a los registros.

Nombre del representante tal como figura en la licencia de conducir: _____

Envíe el formulario completo a:

Vail Valley Surgery Center
PO Box 1270, Vail, CO 81658
Correo electrónico: vvscmedrec@vailhealth.org
Tel: (970) 569-7707; Fax: (970) 470-6603

Dirección física:	
Vail Valley Surgery Center Vail 180 S. Frontage Rd. W. Vail, CO 81657	Vail Valley Surgery Center Edwards 320 Beard Creek Rd. Edwards, CO 81632
Hours: 6 AM – 6 PM L-J.; 6 AM – 5 PM V.	

For VVSC Use Only (Solo para uso de VVSC):

Date Request Received:	Information Released By:	Completion Date:
MRN:	No. of Pages:	Fee Charged:
If Records Picked Up in Person, Date of Pick-up:	Signature of Patient/Designee:	Patient/Designee ID: