



Part of Optum®

TRANSFERENCIA DE REGISTROS MÉDICOS

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Número de Teléfono: _____

MOTIVO DE LA DIVULGACIÓN:

- Mudanza: Fuera del Estado Dentro de Colorado
- Jubilación del Proveedor/El Proveedor ya no Trabaja en New West
- Insatisfacción con el Consultorio/Proveedor Seguro Continuidad de la Atención
- Otros: _____

DIVULGACIÓN DE:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

DIVULGACIÓN A:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Solicito y autorizo esta transferencia y divulgación de mi registro médico al y del consultorio médico indicado anteriormente. Entiendo que esta documentación incluye todos los tipos de Información de Salud Protegida (Protected Health Information, PHI) y que también se aplica a la transferencia electrónica de registros si el receptor solicitante puede aceptar y acceder a información cifrada del Registro Médico Electrónico de New West Physicians. Entiendo que no se me puede denegar tratamiento ni pago de servicios de atención de la salud si no firmo este formulario.

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Registro Entero - O: | <input type="checkbox"/> Informes Radiológicos | <input type="checkbox"/> Medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Notas del Médico | <input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio | <input type="checkbox"/> Diagnóstico |
| <input type="checkbox"/> Informes de Patología | <input type="checkbox"/> Estudios de Diagnóstico | <input type="checkbox"/> Otros _____ |

Debido a que la siguiente información es un tanto delicada, marque la casilla y escriba sus iniciales si desea que sea divulgada:

- | | | |
|---|-------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Notas e informes relacionados con enfermedades de transmisión sexual, incluso VIH/SIDA | _____ | Escriba sus iniciales |
| <input type="checkbox"/> Notas de Psiquiatría/Salud Mental | _____ | Escriba sus iniciales |
| <input type="checkbox"/> Notas relacionadas con el Abuso de Drogas/Alcohol | _____ | Escriba sus iniciales |

Entiendo que New West Physicians dejará de ser responsable de la protección de la Información de Salud Protegida, excepto en el formato original de sus registros. Entiendo que mi información de salud puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del receptor y, si el receptor no es un plan de salud o proveedor de atención de la salud, la información ya no estará protegida por las normas federales de privacidad. Esta autorización vencerá un año después de la fecha en que la firme. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar la revocación por escrito al Encargado del Consultorio. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley concede a mi aseguradora el derecho a cuestionar un reclamo conforme a mi póliza.

NOTA: PUEDE HABER UN CARGO POR LA COPIA DE REGISTROS

De Acuerdo con las secciones 5.2.3.4 del Capítulo 2, Parte 5 de las Normas de Centros de Salud de Colorado (Colorado Regulations of Health Facilities), el costo de esta información no puede exceder los \$18.53 por las primeras 10 páginas o menos, y \$0.85 por página de las páginas 11 a la 40, \$0.57 por página después de las 40 páginas. Es posible que se cobren los gastos reales de envío o franqueo y el impuesto sobre las ventas correspondiente, si los hubiera. No podemos procesar su solicitud hasta que se reciba el siguiente pago.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Representante autorizado (si el paciente es menor de edad o no puede firmar)

Adjunte una copia del Poder Duradero si el paciente es adulto