



**Autorización de liberación de Expedientes Médicos – Iniciado por el paciente**

**Nombre de Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Yo autorizo a Colorado Centro de Artritis y Osteoporosis (CCAO) para usar o divulgar la siguiente información de salud protegida:

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Numero de Telefono:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Fax:** \_\_\_\_\_

**Información para divulgar:**

- Expedientes médicos completos
- Notas de la oficina
- Laboratorio
- Imágenes/Rayos X
- Problema/medicina/lista de alergias
- Otro: \_\_\_\_\_

**Propósito de divulgación (Ecojer UNO):**

- Copia para el paciente
- Copia para doctor primario
- Copia para otro doctor
- Transferir a otro reumatólogo
- Asegurancía médica
- Legal
- Otro: \_\_\_\_\_

**Fechas de divulgación:**

- Últimos 12 meses

Otro: \_\_\_\_\_

**Revelación de salud médica:**

Entiendo que las partes que divulguen y reciban esta información de salud no podrán volver a revelarla sin obtener otra autorización de mi parte, a menos que la divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley. Entiendo que cualquier revelación de información conlleva el potencial de una Revelación no autorizada, y la información no puede estar protegida por las reglas de confidencialidad federales.

**Derechos del paciente: Yo entiendo que:**

- Puedo ver y copiar la información de salud descrita arriba y recibiré una copia de este formulario de autorización después de firmarlo.
- Puedo negarme a firmar esta autorización y mi firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, pago o mi elegibilidad para beneficios.
- Puedo revocar esta autorización escribiendo a CCAO en cualquier momento, pero mi revocación no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada o utilizada en respuesta a esta autorización.

**Expiración de autorización:** A menos que autorización sea revocada, esta autorización permanecerá activa indefinida .

**Forma de entrega (Ecojer UNO) -**

**SOLO para uso personal:**

- Correo electrónico seguro  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Contraseña: \_\_\_\_\_
- CD – recojido por paciente
- CD – enviado por correo postal

**Para uso personal & otros:**

- Fax
- Copia en papel – Recojido por paciente
- Copia en papel – enviado por correo postal

He revisado y comprendido esta autorización para revelar información de Salud Médica Protegida. Afirmino que refleja mis deseos acertadamente.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma Fecha Relación (si no es paciente)

Copy given to signer: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Initials: \_\_\_\_\_

Office Use Only:

Authorization received by: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Initials \_\_\_\_\_