

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____		Fecha de nacimiento: _____
Nombre al momento del tratamiento (si es diferente del anterior): _____		
Dirección postal: _____		
Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____
Correo electrónico: _____		Teléfono: _____

SOLICITO LOS REGISTROS MÉDICOS DEL SIGUIENTE PROVEEDOR O CENTRO:

Vail Health Hospital (Sala de Emergencias [ER], Atención de Urgencia, Radiología, etc.)	Vail Health Cardiology
Shaw Cancer Center	Howard Head Sports Medicine (HHSM)
Sonnenalp Breast Center	Precourt Healing Center
Otro proveedor o centro: _____	
Dirección: _____	
Ciudad: _____	Estado: _____
Teléfono: _____	Fax: _____
Correo electrónico: _____	

SOLICITO QUE MIS REGISTROS SE ENTREGUEN CON EL SIGUIENTE MÉTODO:

Enviar mis registros: por correo postal (indicado arriba) por correo electrónico* (indicado arriba) por fax*

para retirar en Edwards para retirar en Vail

* Entiendo que transmitir mi información por correo electrónico o fax no seguro implica un riesgo para mí, y que un tercero podría acceder a ella durante el proceso de transmisión. Al marcar la casilla para solicitar la entrega electrónica, acepto este riesgo.

Información confidencial: entiendo que mis registros médicos podrían 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).

Autorizo la divulgación; No autorizo la divulgación; No corresponde a mi situación.

SOLICITO QUE MIS REGISTROS SE ENVÍEN:

A mí mismo (solo el paciente)

A otra persona o centro

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

INFORMACIÓN QUE PODRÁ DIVULGARSE:

Desde la fecha de servicio (mes/día/año): _____ hasta _____

Resumen (consulte el reverso del formulario)	Procedimiento cardiológico	Quimioterapia/Radioterapia
Resumen del alta	Sala de Emergencias	Historia clínica (antecedentes médicos)
Resumen de trabajo de parto y parto	Resultados de laboratorio/patología	Registros de vacunación
Informe quirúrgico	Informes radiológicos	Imágenes radiológicas (digitales)
Información de facturación:	_____	
Notas de centro ambulatorio/clínica (especificar médico o clínica):	_____	
Otros registros (especificar):	_____	

LA INFORMACIÓN SE EMPLEARÁ PARA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES FINES:

Continuidad de la atención médica Información del seguro Asuntos personales Abogado/Asuntos legales

Indemnización laboral/Discapacidad Otros fines: _____

Tiene derecho a recibir una copia de esta autorización firmada

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE →

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA:

Esta autorización se vencerá en la siguiente fecha o si ocurre el siguiente evento o condición:

Si no se especifica fecha, evento o condición de vencimiento, **esta autorización vencerá en 60 días**. Entiendo que una vez que se haya divulgado esta información, 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 mis registros médicos o de facturación según lo que se menciona anteriormente.**

Firma del paciente o de su representante

Fecha

Nombre en imprenta del paciente o de su representante

Relación con el paciente

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LA SOLICITUD:

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 Health ni en el pago, la inscripción o la elegibilidad para beneficios del seguro médico.

Iniciales del paciente: _____

Solicitud de registros médicos en nombre de otra persona: si solicita los registros médicos 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 Registros Médicos (Medical Records) al 970-569-7403** para averiguar cuál es la documentación que se le exige para procesar la solicitud.

Solicitud de los registros al final de la consulta médica o durante su estancia como paciente en el hospital: si solicita sus registros médicos durante su estancia en el hospital o al concluirla, debe saber que puede 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 10 (diez) días hábiles además del tiempo que lleve enviar la documentación. Sin embargo, es posible que lleve al menos 30 (treinta) 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. Incluya 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 registros médicos, comuníquese con **Vail Health al 970-569-7403**.

Requisitos para retirar los registros: si retira sus registros personalmente o si envía a un representante a retirarlos, 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: _____

El resumen de los registros médicos incluye lo siguiente: resultados de laboratorio, informes de diagnósticos por imagen, historia clínica y antecedentes médicos, consultas, resumen del alta, notas del médico del Departamento de Emergencias (ED), procedimientos cardiológicos, informes quirúrgicos, cuando corresponda.

VAIL

Vail Health Hospital
180 South Frontage Road West, Vail, CO 81657
Teléfono: (970) 569-7403 Fax: (970) 470-6641
Lunes a viernes: 8:00 a. m. a 4:00 p. m.

EDWARDS

Edwards Pavilion
320 Beard Creek Road, Edwards, CO 81632
Teléfono: (970) 569-7403 Fax: (970) 470-6641
Lunes a viernes: 8:00 a. m. a 4:00 p. m.

Envíe un correo electrónico a Medical.Records@VailHealth.org o visite VailHealth.org/MedicalRecords para obtener más información.

FOR VAIL HEALTH USE ONLY (PARA USO EXCLUSIVO DE VAIL HEALTH)			
Date Request Recvd:	Med. Rec. released by:	CD released by:	Completion Date:
Incomplete: Yes No	What was released:		Log date:
MRN/ FIN:	# of pages:	# of films:	

Tiene derecho a recibir una copia de esta autorización firmada