

Renunciación:

La información proporcionada en este documento no constituye, y no es sustituto por asesoramiento legal o profesional. Usuarios deberían consultar su propio asesor legal o consejeros profesionales para guía individualizada sobre la aplicación de la ley a sus situaciones particulares, y en conexión con otras preocupaciones relacionadas con el cumplimiento de la misma.

Solicitud del Paciente para Acceso a Su Información de Salud Protegida

Todos los pacientes tendrán la posibilidad de revisar, inspeccionar y/u obtener una copia de su Información de salud protegida en su Archivo Medico. Se le pedirá que presente una identificación en el momento de solicitud. Esta autorización expirara un año después de la fecha que se firmó e incluye resultados de exámenes (laboratorio, imágenes diagnósticas, y patología), registros de inmunización y/o notas de visitas al doctor por fechas especificadas. Si desea una copia de su archivo medico completo se le pedirá que complete un formulario de liberación de historial médico.

Iniciales: _____

Yo autorizo a Clínicas Médicas de Grand River y sus designados a liberar como tal, paciente y garante información de registros médicos o financieros que sean necesarias para el proceso de reclamación de seguros: por servicios por adelantado, presente, o revisión retrospectiva: por beneficios recibidos, o por continuación de cuidado de salud. La información puede ser liberada a pagadores terceros y sus agentes y/o proveedores de salud involucrados en la atención prestada en la clínica o en continuación de cuidado. También entiendo que dicha información puede ser revelada según lo permita o exija la ley.

Iniciales: _____

Autorización para Discutir y/u Obtener una Copia de notas del Tratamiento y Resultados de exámenes y/o Prescripciones Médicas.

Yo, _____ autorizo las siguientes personas para recibir en forma escrita y/o discutir verbalmente información pertinente a mi cuidado, como incluye resultados de (laboratorio, imágenes diagnósticas, y patología), registros de inmunización y/o notas de visitas al doctor por fechas especificadas. Esta autorización no incluye la liberación de una copia completa de mi archivo médico. También autorizo a las siguientes personas a recoger prescripciones médicas en mi nombre de las clínicas.

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____
Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____
Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Derecho de Revocación: Yo entiendo que tengo el derecho a revocar esta Autorización por escrito a cualquier momento salvo las excepciones indicadas a continuación. Para revocar esta Autorización, Yo entiendo que debo hacer mi solicitud por escrito y declarar que estoy revocando esta autorización específicamente. En adición, debo firmar mi petición y mandarla por correo o entregarla a Grand River Hospital District ATTN: Medical Records a 501 Airport Road Rifle, Colorado 81650.

Excepciones Al Derecho de Revocación: Yo entiendo que mi revocación por escrito no afectara la habilidad del Hospital a continuar el uso o revelar mi información de salud a la medida que ya ha actuado en la dependencia en esta autorización. Por ejemplo, el Hospital no puede rescindir divulgaciones que ya se han hecho, y puede utilizar mi información de salud como sea necesario para facturar y cobrar por los servicios prestados.

Iniciales: _____

Aviso de Practicas de Privacidad: GRMC está legalmente obligado a proteger su Información de Salud Protegida. La Ley de Portabilidad de Información de Salud requiere que el hospital y clínicas den descripción completa de las formas en que la Información Protegida del Paciente es usada, revelada, y protegida en el Aviso de Practicas Privadas.

Iniciales: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma _____ Fecha: _____

Nombre imprento: _____ Relación al Paciente: _____

Reconocimiento rehusado. Razones para rehusar: _____