

Solicitud por parte Del Paciente para Acceso a Su Información de Salud Protegida

Todos los pacientes tendrán la habilidad de revisar, inspeccionar y/u obtener una copia de su Información de Salud Protegida en su Registro Médico. Se le pedirá que presente una identificación al momento de la solicitud. Esta autorización se vencerá un año después de la fecha de la firma e incluye los resultados de pruebas del (laboratorio, imágenes de diagnóstico y patología), registros de vacunación y/o notas de visitas al consultorio de una fecha específica. Si desea una copia de su registro médico completo, se le pedirá que llene un formulario de registros médicos.

Inicial: _____

Autorización para Discutir, Obtener o recoger una copia de notas de tratamiento, resultados de exámenes y/o prescripciones medicas

Yo, _____ autorizo a las siguientes personas a recibir por escrito y/o discutir verbalmente información sobre mi cuidado medico, como resultados de pruebas (de laboratorio, imágenes de diagnóstico y patología), registros de vacunación y/o notas de visitas al consultorio de una fecha específica. Esta autorización no incluye la divulgación de una copia completa de mi registro médico. También autorizo a las siguientes personas a recoger las prescripciones en mi nombre de las clínicas.

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Derecho de revocación: Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta Autorización por escrito en cualquier momento sujeto a las excepciones que se detallan a continuación. Para revocar esta Autorización, entiendo que debo presentar mi solicitud por escrito y declarar claramente que estoy revocando esta Autorización específica. Además, debo firmar mi solicitud y luego enviarla por correo o entregarla al distrito de Grand River Hospital
ATENCIÓN: Registros Médicos a 501 Airport Road Rifle, Colorado 81650.

Excepciones al derecho de revocación: Yo entiendo que mi revocación por escrito no afectará la capacidad del Hospital para continuar usando o divulgando mi información de salud en la medida en que ya haya actuado de acuerdo con esta Autorización. Por ejemplo, el Hospital no puede rescindir las divulgaciones que ya ha realizado, y puede usar mi información de salud según sea necesario para facturar y cobrar los servicios prestados.

Inicial: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Relación con el paciente: _____

Reconocimiento rechazado. Razones por el rechazo: _____

Renuncia: La información proporcionada en este documento no constituye, y no es un sustituto de asesoramiento legal o profesional de otro tipo. Los usuarios deben consultar a sus propios asesores legales u otros asesores profesionales para obtener orientación individualizada con respecto a la aplicación de la ley a sus situaciones particulares y en relación con otras inquietudes relacionadas con el cumplimiento.