Solicitud del paciente para acceder a su información médica protegida

Todos los pacientes podrán revisar, inspeccionar y / u obtener una copia de su información médica protegida en su expediente médico. Se le pedirá que presente una identificación en el momento de la solicitud. Esta autorización vencerá un año después de la fecha de la firma e incluye los resultados de las pruebas (laboratorio, imágenes de diagnóstico y patología), registros de vacunación y / o notas de visitas al consultorio. Si desea una copia de sus registros hospitalarios o su registro médico completo, se le pedirá que complete una divulgación de registros médicos.

Inicial: _____

Autorización para discutir, obtener o recoger una copia de notas de tratamiento, resultados de pruebas y Prescripciones medicas

Yo, _____ autorizo a las siguientes personas a discutir información verbal relacionada con mi atención, como resultados de pruebas (laboratorio, imágenes de diagnóstico y patología), registros de vacunación y / o notas de visitas al consultorio. Esto también autoriza a las siguientes personas a recibir en forma escrita registros para una fecha de servicio específica de la clínica. Esta autorización no incluye la divulgación de una copia completa de mi registro médico. También autorizo a las siguientes personas a que recojan recetas en mi nombre en las clínicas.

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Autorización para acceder a mi portal para pacientes

Yo, _____ autorizo a las siguientes personas a acceder y ver mi registro a través del Portal del Paciente.

Nombre: _____Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____Teléfono: _____

Derecho a revocar: Entiendo que tengo derecho a revocar esta Autorización por escrito en cualquier momento sujeto a las excepciones que se indican a continuación. Para revocar esta Autorización, entiendo que debo hacer 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 a Grand River Hospital District. ATENCIÓN: Registros médicos en 501 Airport Road Rifle, Colorado 81650.

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

Inicial: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____Fecha de firma: _____

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

Firma: _____

☐ Reconocimiento rechazado. Razones del rechazo: _____

Descargo de responsabilidad:

La información proporcionada en este documento no constituye y no sustituye el asesoramiento legal o profesional. Los usuarios deben consultar a sus propios asesores legales o 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.