brighton pediatrics

GET ON BOARD FOR WELLNESS

183 S. 18th Ave

Brighton, CO 80601

Phone: 303-659-4248

Fax: 303-659-4283

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR/RECIBIR INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE

AUTHORIZATION TO RELEASE/RECEIVE PATIENT HEALTH INFORMATION

Nombre Legal del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____

Dirección: _____

Estado/Ciudad/Código Postal: _____

Número de teléfono: _____

Autorizo a la próxima identidad para divulgar información;
I hereby authorize/request information FROM

NOMBRE: _____

DIRECCION:

_____

NUMERO DE TEL.: _____

NUMERO DE FAX: _____

Solicitada por la próxima identidad.
To be released TO:

NOMBRE: _____

DIRECCION:

_____

NUMERO DE TEL.: _____

NUMERO DE FAX: _____

Esta divulgación se puede usar para los siguientes propósitos

- o Seguro Medico / Insurance
- o Tratamiento Medico / Medical Treatment
- o Verificación de condición médica / Medi Condition Verification
- o Discapacidad/ Disability
- o Ley de Licencia Familiar y Médica/ FML
- o compensación a los trabajadores / Work Comp
- o Personal
- o Transferir Cuidado / Transferring Care
- o Comunicación verbal entre las dos entidades mencionadas anteriormente Verbal communication between the two entities liste above
- o Otro / Other:

  _____

Indique el tipo de información que autoriza para la publicación:

Desde Fecha _____Asta_____ ☐

****No más de tres años almenos que sean solicitados por un médico o abogado****

- o Solo copias del Registro de Inmunización, Tablas de Crecimiento, y último examen físico. Only copies of Immunization Record, Growth Charts, last Physical or Well Baby exam.
- o Mi información de salud relacionada con el siguiente tratamiento o condición: _____
  My health information relating to the following treatment or condition...
- o Toda mi información de salud mantenida por la práctica anterior. (No incluye información confidencial, como los registros de salud del comportamiento y los registros de uso de sustancias. Para incluir también marque esas casillas). All my health information maintained by the above practice. ***(Not including confidential information like behavioral health records and substance use records. To include please check those boxes as well.)***
- o Registros de salud conductual Behavioral Health Records
- o Registros de uso de sustancias Substance Use Records

Mis derechos Entiendo que no tengo que firmar esta autorización para recibir beneficios de atención médica de Brighton Pediatrics para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Sin embargo, se requerirá una firma si me piden que participe en un estudio de investigación, con fines de comercialización o para recibir atención médica cuando el propósito es crear información de salud para un tercero. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito. Si lo hago, no afectará ninguna acción ya tomada por la práctica mencionada anteriormente basada en esta autorización. Es posible que no pueda revocar esta autorización si su propósito era obtener un seguro. Dos formas de revocar esta autorización son completar un formulario, disponible en la oficina, o escribiendo una carta a esta oficina. Entiendo que una vez que esta oficina divulgue información de salud, la persona u organización que la reciba podrá volver a divulgarla. Es posible que las leyes de privacidad ya no lo protejan.

_____ _____

FIRMA DE EL PACIENTE O REPESENTANTE LEGAL **FECHA**

_____ _____

NOMBRE EN MOLDE DE EL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL **RELACION AL PACIENTE**

(Adjunte documentación legal de la autoridad de tutela, si corresponde)

Esta autorización caduca después de un ano de la fecha firmada, al menos que sea revocada antes de que se cumpla un año.