



EL PASO COUNTY PUBLIC HEALTH (EPCPH)
 1675 Garden of the Gods Road, Suite 2044
 Colorado Springs, CO 80907-9444

Autorización Para Divulgar Información De Salud Protegida

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Haga una lista de nombres que ha usado para sus archivos (por ejemplo, el apellido de soltera) _____

Nombre del solicitante si diferente que el cliente: _____

Fecha: _____

- Su solicitud será procesada dentro de los 30 días de la fecha de su solicitud.
- Tendrá que presetar la verificación de tu identidad.
- Los costos: Se puede aplicar una tarifa para fotocopias, que es de \$ 14.00 de 1 a 10 páginas; \$ 0.50 para las páginas 11-40; y \$0.33 para las páginas 41 y adelante. Pago debe efectuarse en el momento de la entrega de los materiales de solicitado; o el pago debe realizarse antes de mandar las copias de los registros por correo.
- Solicitud de registros son manejados directamente por la clínica de inmunización de EPCDHE de inmunización. Solicitud de laboratorio WIC resultados son manejados por el personal de WIC de EPCDHE.

Por favor responde todas las preguntas siguientes:

(1) Solicito la siguiente información protegida sobre mi salud mantenida por EPCPH: Marca uno

Mi registro completo. Programa (s) de lista donde han recibido servicio en EPCPH:

o

Incluir estas porciones específicas de mi registro. Describir o seleccione las siguientes opciones: _____

__ Médicas examinaciones. Describir _____

__ Las pruebas de laboratorio. Describir _____

Por favor, excluir estas partes específicas de mi registro. Describir _____

(2) Quiero que los registros de los servicios proporcionados durante el siguiente periodo de tiempo:

_____ hasta _____

Desde la fecha _____ Fecha final _____

o

Todas las fechas de servicio.

(3) Yo prefiero que el registro se entrega en esta forma:

Yo prefiero leer los registros de la original en persona.

Yo prefiero recibir copias en papel de los registros solicitados (consulte las tarifas arriba).

(4) Por favor, entregar la información a mí de la siguiente manera. Marque uno

En persona, voy a hacer acuerdos con EPCDHE para recoger mis registros.

o

Enviado por correo a mi dirección:

Nombre: _____

Domicilio: _____

Doy permiso para EPCPH para la liberación y correo mis registros a otro proveedor de la persona o el cuidado de la salud:

Nombre: _____

Domicilio: _____

(Nota: Sus registros en EPCPH pueden contener información confidencial. EPCPH no liberará los registros de salud pública relacionados con las investigaciones de las enfermedades transmisibles sobre VIH/SIDA o enfermedades de transmisión sexual a nadie mas que a mi directamente .)

Esta aprobación expirará

Después cumplir con este pedido, pero que no sea mas de 90 días desde la fecha de la firma; o

En la siguiente fecha, _____ / _____ / _____

Tengo entendido que EPCDHE todavía prestará servicios a mí incluso si no firmo este formulario de aprobación.

Tengo entendido que las personas o las organizaciones enumeradas anteriormente podrían compartir mi información de salud, que EPCPH es responsable si va a suceder y que las leyes federales de privacidad o Reglamento dejará de proteger esta información una vez que EPCDHE ha cumplido mi solicitud.

Entiendo que puedo cambiar de opinión y cancelar mi aprobación en cualquier momento. Entiendo que esta solicitud a cancele mi aprobación debe ser por escrito y enviado a la dirección que aparece a continuación. Tengo entendido que la retirada de mi aprobación no se aplicará a la información que ya ha sido distribuida en respuesta a esta autorización.

Oficial de Privacidad
1675 W. Garden of the Gods Rd.
Colorado Springs, Co. 80907

Al firmar a continuación, estoy de acuerdo con todo lo anterior y de la información que presentado es correcta y actual. Reconozco que EPCPH mi contacto me a preguntarme para obtener más información acerca de mi solicitud.

Nombre del Cliente en letra de molde

Firma del Cliente o Representante Legal

Fecha _____

Para Representante Legal:

Nombre

Autoridad o Relación con El Cliente

(Cliente debe proporcionarse una copia de este formulario en el momento de la solicitud).

Departamento de salud sólo para uso

Registro ha sido revisado y aprobado.

Firma del oficial de Privacía EPCPH : _____ Fecha: _____

La copia original de este formulario es para mantenerse en el registro de cliente, junto con cualquier comunicación que lo acompaña, acción o designación.