



# AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

## DE ACUERDO CON EL REGISTRO HIPAA. 45 CFR 164.508, POR LA PRESENTE AUTORIZO A TETON VALLEY HEALTH A

DIVULGAR A  OBTENER DE

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**FORMATO:**  CORREO  RECOGER  FAX  CORREO ELECTRÓNICO SEGURO: \_\_\_\_\_

Fechas de tratamiento desde: \_\_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_\_ Vencimiento: \_\_\_\_\_  
(Máximo de 12 meses a partir de la fecha de la firma)

Todos los registros  Consultas  Informes de laboratorio  Informes e imágenes de radiología  
 Informes de urgencias  Vacunas  Otros: \_\_\_\_\_

Si no se especifica la fecha de vencimiento, esta solicitud vencerá en 365 días a partir de la fecha de la firma.

**Derechos del paciente en relación con esta autorización:** Puede negarse a firmar esta autorización. No condicionaremos su tratamiento si es que o no firma la autorización, a menos que la autorización sea para el uso o la divulgación de información para el tratamiento relacionado con la investigación, o a menos que su tratamiento tenga únicamente el propósito de divulgar información a un tercero. Puede revocar esta autorización en cualquier momento a menos que hayamos tomado medidas en base a la autorización. Para revocar esta autorización, debe enviar una solicitud por escrito a: Teton Valley Health; ATTN: Departamento de Registros Médicos 120 East Howard Avenue; Driggs, ID 83422 o proporcione una fecha de vencimiento de este comunicado. Si el destinatario vuelve a divulgar la información divulgada de conformidad con esta autorización, es posible que ya no esté protegida por la ley aplicable.

He leído y entiendo esta autorización, incluidos mis derechos al respecto, como se establece anteriormente. Sé que es posible que Teton Valley Health no brinde acceso a ciertos tipos de registros médicos que están protegidos por la ley, como las notas de psicoterapia, y es posible que requiera una divulgación por separado. Entiendo que la regulación permite a las entidades hasta 30 días para responder y procesar mi solicitud, con la opción de usar una extensión por 30 días adicionales, si es necesario. Si se niega el acceso, tengo derecho a apelar esa decisión poniéndome en contacto con la Administración de Salud de Teton Valley o con el Secretario de HHS. También entiendo que se me cobrará 25¢ por página por copias o resúmenes de mi PHI y tendré que pagar antes de recibirlos.

**Firma del Paciente o Representate Legal** **Relación con el/la paciente** **Fecha**

SÓLO PUEDE FIRMAR EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL. SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS, SÓLO PUEDE FIRMAR UN PADRE/ MADRE, SU REPRESENTANTE LEGAL O UN TUTOR LEGAL.

### Staff Use Only:

Info already released  Needs to be released  Faxed Date: \_\_\_\_\_  Mailed Date: \_\_\_\_\_



**120 East Howard Avenue, Driggs, ID 83422**  
**(208) 354-2383 - tvhcare.org**