**1830 Blake Ave. • Glenwood Springs, CO 81601 • Telefono (970) 945-8503 • Fax (970) 945-0253**

**AUTORIZACION PARA LA ENTREGA DE EXPEDIENTES MEDICOS**

*El tiempo de procesamiento es de 7-10 dias habiles.*

***La tarifa de procesamiento es de $14.00 por las primeras 10 paginas o menos* - *$0.50 por cada pagina 11-40 y $0.33 por cada pagina adicional.***

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ # de seguro social: \_\_\_\_\_\_ -\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Direccion de correo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad: Estado/codigo postal: Telefono principal: Telefono de casa: Fax:

1. Medico o entidad autorizada para **EXPEDIR MI INFORMACION MEDICA**:

Nombre: Glenwood Medical Associates - Attention: Medical Records Dept.

Direccion de correo: 1830 Blake Ave., Glenwood Springs, CO 81601

Telefono: (970) 945-8503 Fax: (970) 945-0253

1. Individuo/clinica medica autorizada para **RECIBIR MI INFORMACION MEDICA**:

Nombre:

Direccion de correo:

Telefono: Fax:

1. **Fecha/s de los expediente/s solicitados:** **Informacion solicitada:**

Notas de progreso Laboratorio Registros de rayos X Expediente completo Otros:

POR FAVOR TENGA EN CUENTA QUE PARTE DE SU EXPEDIENTE MEDICO PUEDE INCLUIR INFORMACION RELACIONADA A CIERTOS DATOS QUE ESTAN PROTEGIDOS LEGALMENTE (POR EJEMPLO: ABUSO DE ALCOHOL O OTRAS SUSTANCIAS, CONDICION DE HIV, INFORMES PSICOLOGICOS O PSIQUIATRICOS). AL FIRMAR LA AUTORIZACION PARA LA ENTREGA DE EXPEDIENTES MEDICOS, USTED LE ESTA DANDO AUTORIZACION A GLENWOOD MEDICAL ASSOCIATES PARA EXPEDIR TODO O PARTE DE SU EXPEDIENTE MEDICO QUE PUEDE CONTENER MATERIAL SENSIBLE PARA USTED.

* Comprendo que si la/s personas o entidad/es que recibe/n esta informacion no es/son un proveedor de servicios de salud o un plan de salud cubierto por las regulaciones federales de privacidad, la informacion descrita anteriormente puede volver a divulgarse ya que no se encontrara protegida por estas regulaciones. Por lo tanto, absuelto a Glenwood Medical Associates, a sus medicos y empleados de toda responsabilidad que pueda surgir de la divulgacion de mi informacion medica.
* Comprendo que puedo suspender esta autorización en cualquier momento de manera escrita, teniendo en cuenta de que cualquier informacion previamente divulgada no estara afectada.
* Se podra utilizar una copia de esta autorización con la misma efectividad que con el documento original.

**MOTIVO POR EL CUAL SE HARA ESTA DIVULGACION:**

1. Motivos para la continuidad de la atencion:

Fui recomendado a un medico externo por mi medico/proveedor de GMA.

Soy un nuevo paciente para GMA, solicitando los expedientes de mi proveedor anterior.

1. Motivos para el abandono del consultorio medico de GMA:

Mudanza

Insatisfecho con los servicios de GMA

 Encontre un major proveedor fuera de GMA.

→

FIRMA: (del Paciente o Representante Legal)

Encountre un proveedor que trabaja con mi plan o serguro medico.

Otro (por favor explique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

→

**FECHA:** (Vence en seis (6) meses de esta fecha)

* + Autorizacion e ldentificacion del Paciente verificado por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(iniciales de empleado de GMA)**