



Glenwood **Medical** Associates

1830 Blake Ave. Glenwood Springs, CO 81601 • Phone (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: \_\_\_\_\_ 4 últimos dígitos del SS# \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección de correo: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado/código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono principal: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

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

Nombre: Glenwood Medical Associates - Attention: Medical Records Dept.  
Dirección de correo: 1830 Blake Ave., Glenwood Springs, CO 81601  
Teléfono: (970) 945-8503 Fax: (970) 945-0253

2. Individuo/clínica médica autorizada para **RECIBIR MI INFORMACION MEDICA**:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección de correo: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

3. **Fecha/s de los expediente/s solicitados:** \_\_\_\_\_

**Información 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 información no es/son un proveedor de servicios de salud o un plan de salud cubierto por las regulaciones federales de privacidad, la información descrita anteriormente puede volver a divulgarse ya que no se encontrará protegida por estas regulaciones. Por lo tanto, absuelto a Glenwood Medical Associates, a sus médicos y empleados de toda responsabilidad que pueda surgir de la divulgación de mi información médica.
- Comprendo que puedo suspender esta autorización en cualquier momento de manera escrita, teniendo en cuenta de que cualquier información previamente divulgada no estará afectada.
- Se podrá utilizar una copia de esta autorización con la misma efectividad que con el documento original.

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

A. Razones de continuidad de la asistencia:

- Referido a un médico externo por mi médico/proveedor de GMA.  
 Solicitar registros de mi proveedor anterior como nuevo paciente de GMA.

B. Motivo(s) para dejar de ejercer en GMA (por favor marque todos los que procedan):

- Se muda fuera de la zona  
 Busca un enfoque diferente de la atención que no se ofrece en GMA (por favor especifique) \_\_\_\_\_  
 Se cambia a otro proveedor local por razones de comodidad (por ejemplo, horario, aparcamiento, etc.).  
 Consideraciones de coste (por ejemplo, asequibilidad, cobertura del seguro, etc.)  
 Otros (por favor explique): \_\_\_\_\_  
 ¿Desea hablar con la administración de la práctica de GMA sobre su decisión de cambiar de prácticas? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

**FIRMA:** (del Paciente o Representante Legal)

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

- Autorización e identificación del Paciente verificado por: \_\_\_\_\_ (iniciales de empleado de GMA)