



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: _____

Dirección de correo: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

2. Individuo/clínica médica autorizada para **RECIBIR 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 (No envíe por fax registros de más de 30

paginas)

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.

→ _____
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**)