



ESTO NO AUTORIZA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

1. Autorizo al Plan de Salud de la Fundación Kaiser de Colorado o (KFHP) y/o al Grupo Médico Colorado Permanente o (CPMG) por sus siglas en inglés a divulgar la información de salud de la persona mencionada a continuación:

Nombre completo del paciente: _____ Núm. de ID de Kaiser: _____

Nombre opcional (si difiere del indicado arriba):

2. Yo autorizo a que mi información médica sea divulgada según el método de contacto a continuación:

- Información no-urgente (elijá con un círculo): Carta Teléfono Correo electrónico Fax: _____
- En mi grabadora de mensajes de casa: _____ (núm. de tel.)
- En mi grabadora de mensajes de trabajo: _____ (núm. de tel.)
- En mi grabadora de mensajes de tel. celular: _____ (núm. de tel.)
- A mi(s) pariente(s) o persona(s) indicada(s) a continuación:

Nombre	Parentesco	Núm. de Tel.
--------	------------	--------------

Nombre	Parentesco	Núm. de Tel.
--------	------------	--------------

3. Especifique el tipo y la cantidad de información que será divulgada:

- Cualquier información sobre el tratamiento del paciente*, o:**
- Resultados de laboratorio Instrucciones o consejo médico Información de recetas médicas
- Informes de rayos x Información de lentes o lentes de contacto
- Información de citas médicas que incluye la confirmación, cancelación, y la naturaleza de las citas.
- Otro (Especifique): _____

* Entiendo que la información divulgada por esta autorización podría incluir información referente a futuros servicios médicos, notificaciones de medicinas listas para recoger, y cualquier información mencionada en el #3.

Firma del paciente o	Nombre en letra imprenta	Fecha
Representante personal autorizado		
(Por favor, incluya la documentación legal de autoridad correspondiente)		

Esta autorización expira al ser revocada por el paciente/representante personal autorizado, o al año después de firmar, o si es menor de edad, el día considerado un adulto según la ley estatal, o lo que ocurra primero.

For Office Use: Para uso de la oficina:

Verification of Photo ID _____ Verified By _____