



Autorización para Enviar Mensajes (Según Reglamentación de HIPAA)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Divulgación de información

Autorizo la divulgación de mi información y registros médicos (entre otros, sobre citas, diagnósticos, tratamientos, resultados o información de facturación) a las siguientes personas:

Nombre	Número de teléfono	Relación

Mi información y registros médicos NO deben divulgarse a:

Nombre	Número de teléfono	Relación

Mensajes

Si el personal de TRMC no puede comunicarse conmigo al llamarme por teléfono (elija una opción):

Puede dejar un mensaje detallado (sobre mis citas, diagnósticos, tratamiento, resultados o información de facturación, entre otros) en el (los) siguiente(s) número(s): _____

Solo puede dejar un mensaje pidiéndome que devuelva la llamada.

Este Formulario de divulgación de información médica permanecerá vigente hasta que proporcione un formulario actualizado o una solicitud por escrito para realizar cambios.

Firma del paciente o tutor legal: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Información del Paciente (Patient Information)

Nombre completo (Full Name) _____ Fecha de nacimiento (DOB) ____/____/____
Correo electrónico (Email address) _____ Número de Seguro Social (SSN): XXX-XX- _____ (últimos 4 dígitos)
Dirección (Address) _____ Ciudad (City) Estado (State) Código Postal (Zip)
Teléfono (Phone) _____ Celular (Cell) _____

Información del Representante Legal (Proxy Information)

Nombre completo (Full Name) _____ Fecha de nacimiento (DOB) ____/____/____
Correo electrónico (Email address) _____ Número de Seguro Social (SSN): XXX-XX- _____ (últimos 4 dígitos)
Relación con el paciente (Relationship to patient) _____ Tengo mi propia cuenta en el Portal del paciente de TRMC: Sí No
(I have my own personal TRMC Patient Portal account)
Dirección (Address) _____
Teléfono (Phone) _____ Celular (Cell) _____

Aviso Legal (Acknowledgement)

- Entiendo que, al enviar este formulario, he solicitado a la persona indicada anteriormente que actúe en mi nombre como mi representante legal, para que obtenga Información sobre mi salud incluida en mi registro electrónico.
- Esta autorización es voluntaria, y se realiza a petición mía.
- Entiendo que no necesito firmar este formulario para que se me garantice la atención médica en la clínica de Telluride (*TRMC* por sus siglas en inglés).
- Entiendo que mi información médica es confidencial y *TRMC* la mantiene de forma segura en un sistema electrónico.
- Entiendo que el incumplimiento del Acuerdo de Usuario del Portal del Paciente de *TRMC* puede poner fin a los privilegios de acceso a dicho portal.
- Entiendo que mi Portal del Paciente de *TRMC* **puede** incluir un diagnóstico o hacer referencia a la(s) siguiente(s) condición(es): *servicios de salud mental o psiquiátrica; salud reproductiva; anemia de células falciformes; pruebas genéticas; síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH); o abuso de drogas o alcohol.*
- Entiendo que la información a la que se accede puede ser divulgada por el representante legal y ya no estará protegida por las normas de privacidad de *HIPAA*.
- Entiendo que, si se concede acceso a mi representante legal a mi Portal del Paciente de *TRMC*, dicho acceso permanecerá vigente hasta que se presente un pedido de revocación por escrito.
- Entiendo que, si se le revoca el acceso a mi representante legal a mi Portal del Paciente de *TRMC*, la información previamente vista por la(s) persona(s) mencionada(s) anteriormente no se consideraría violación de confidencialidad.
- *TRMC* se reserva el derecho de revocarle el acceso a mi representante legal al Portal del Paciente de *TRMC* en cualquier momento y por cualquier motivo.
- Reconozco que he leído y entiendo esta Solicitud para el Representante Legal para un Adulto (de 18+ años) y que los Términos y Condiciones del Portal del Paciente de *TRMC* están disponibles en línea. Acepto los términos y elijo designar a la(s) persona(s) mencionada(s) anteriormente como mi(s) representante(s) legal(es) en el Portal del Paciente, permitiéndole(s) así acceder a mi cuenta.

Se requiere una firma para validar esta solicitud. Al firmar este formulario, el firmante solicita que a la(s) persona(s) nombrada(s) anteriormente se le(s) otorgue acceso para ver electrónicamente el registro médico del paciente a través del Portal del Paciente de *TRMC*.

Firma y nombre del paciente/representante(s) legal(es) (incluir relación con el paciente)
[Signature and PRINTED Name of Patient/Legal Representative (include relationship)]

Fecha
[Date]

**PRESENTAR DOCUMENTACIÓN NECESARIA Y UNA IDENTIFICACIÓN EN LA CLÍNICA:
[BRING PAPERWORK AND A FORM OF IDENTIFICATION IN PERSON TO]:**

Centro Médico Regional de Telluride
500 West Pacific Ave Telluride, CO

Office Use Only:

Pt Photo ID verified: _____
Date received: _____
Date completed: _____