



**brighton pediatrics**

GET ON BOARD FOR WELLNESS

183 S. 18<sup>th</sup> Ave

Brighton, CO 80601

Phone: 303-659-4248

Fax: 303-659-4283

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR/RECIBIR INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE**

AUTHORIZATION TO RELEASE/RECEIVE PATIENT HEALTH INFORMATION

\_\_\_\_\_  
Nombre legal del paciente:

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_

Estado/Ciudad/Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Autorizo a la próxima identidad para divulgar información;  
I hereby authorize/request information FROM

Solicitada por la próxima identidad.  
To be

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Esta di para lo** **Mis derechos** Entiendo que no tengo que firmar esta autorización para recibir beneficios de atención médica de Brighton Pediatrics para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Sin embargo, se requerirá una firma si me piden que participe en un estudio de investigación, con fines de comercialización o para recibir atención médica cuando el propósito es crear información de salud para un tercero. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito. Si lo hago, no afectará ninguna acción ya tomada por la práctica mencionada anteriormente basada en esta autorización. Es posible que no pueda revocar esta autorización si su propósito era obtener un seguro. Para revocar esta autorización debo escribir una carta a esta oficina. Entiendo que una vez que esta oficina divulgue información de salud, la persona u organización que la reciba podrá volver a divulgarla. Es posible que las leyes de privacidad ya no lo protejan.

**FIRMA DE EL PACIENTE O REPESENTANTE LEGAL**  
**FECHA**

**NOMBRE EN MOLDE DE EL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL**  
**PACIENTE**

**RELACION AL**

(Adjunte documentación legal de la autoridad de tutela, si corresponde)

- Personal
- Transferir Cuidado / Transferring Care
- Comunicación verbal entre las dos entidades mencionadas anteriormente / Verbal communication between the two entities listed above
- Otro / Other:

- condición...
- Toda mi información de salud mantenida por la práctica anterior. (No incluye información confidencial, como los registros de salud del comportamiento y los registros de uso de sustancias. Para incluir también marque esas casillas). All my health information maintained by the above practice. **(Not including confidential information like behavioral health records and substance use records. To include please**

**Mis derechos** Entiendo que no tengo que firmar esta autorización para recibir beneficios de atención médica de Brighton Pediatrics para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Sin embargo, se requerirá una firma si me piden que participe en un estudio de investigación, con fines de comercialización o para recibir atención médica cuando el propósito es crear información de salud para un tercero. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito. Si lo hago, no afectará ninguna acción ya tomada por la práctica mencionada anteriormente basada en esta autorización. Es posible que no pueda revocar esta autorización si su propósito era obtener un seguro. Dos formas de revocar esta autorización son completar un formulario, disponible en la oficina, o escribiendo una carta a esta oficina. Entiendo que una vez que esta oficina divulgue información de salud, la persona u organización que la reciba podrá volver a

**FIRMA DE EL PACIENTE O REPESENTANTE LEGAL**

**FECHA**

**NOMBRE EN MOLDE DE EL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL**  
**PACIENTE**

**RELACION AL**

(Adjunte documentación legal de la autoridad de tutela, si corresponde)

**Esta autorización caduca después de un año de la fecha firmada. al menos que sea revocada antes de**