



Office Use TMC Staff Received Initials

DAR A CONOCER MI INFORMACIÓN A: / RELEASE INFORMATION TO:

TELLURIDE REGIONAL MEDICAL CENTER
PO BOX 1229, 500 WEST PACIFIC AVENUE
TELLURIDE, CO. 81435

Phone: 970-728-3848
Fax: 970-728-3404

Información del Paciente / Patient Information

Nombre completo/Full Name
Fecha de Nacimiento/Date of Birth
Otros nombres usados o nombre de soltera/Maiden or other names used
Dirección/Address
Teléfono/Day Phone #
Celular/Cell #

Dar a conocer mi información en: / Release From:

Nombre de la persona u organización/ Name of Person/Organization
Dirección/Address
Número de teléfono/Phone #
Número de Fax/Fax #

Fecha(s) en la(s) que mi información puede accederse o darse a conocer / Date(s) of Information to Be Released or Accessed

Fecha(s) de servicio: desde (mm/dd/año)/Date(s) of service from: hasta (mm/dd/año)/through:

Dar a conocer mi información sobre: / Information To Be Disclosed

- Visitas médicas/Clinic visits
Laboratorios/Laboratory
Informe de imágenes/Imaging Reports
Resultados de COVID/COVID Results
Sala de emergencia/Emergency Report
Informe de EKG/EKG Report

Salud Mental (debe marcar una opción)/Mental Health
Abuso de sustancias (debe marcar una opción)/Substance Abuse

Entiendo que: / I Understand:

Puedo revocar por escrito esta autorización en cualquier momento, a menos que ya se hayan tomado las medidas para cumplir con este consentimiento. La información dada a conocer de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación de información por parte del destinatario, la cual ya no está protegida por las leyes de privacidad de HIPPA, a menos que esa divulgación incluya registros de entidades cubiertas y programas con asistencia federal que proporcionen específicamente diagnóstico, tratamiento o derivación para tratar el abuso de alcohol y drogas, en cuyo caso queda prohibida por el Código de regulaciones federales 42 (CFR por sus siglas en inglés), parte 2.

Mi firma valida esta autorización. De conformidad con los reglamentos estatales, Telluride Regional Medical Center puede cobrar una tarifa por hacer copias de los registros medicos.

**** Esta autorización VENCE el (mm/dd/año) / This Authorization expires on

Firma del Paciente/Guardián/Representante personal/Signature of patient
Relación (si no es el paciente)/Relationship (if not the patient)
Fecha/Date
Nombre en imprenta del representante personal/Personal Representative's Printed Name
Dirección/Address
Número de teléfono/Phone Number

Si el paciente no puede firmar, por favor, indique la razón / If patient is unable to sign, document reason