

Office Use TMC Staff Received Initials

**Información del Paciente / Patient Information**

Patient Account #

Nombre completo/Full Name \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento/Date of Birth \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Otros nombres usados o nombre de soltera/Maiden or other names used \_\_\_\_\_  
 Dirección/Address \_\_\_\_\_ Ciudad/City \_\_\_\_\_ Estado/State \_\_\_\_\_ Código Postal/Zip \_\_\_\_\_  
 Teléfono/Day Phone # \_\_\_\_\_ Celular/Cell # \_\_\_\_\_

**Formulario de consentimiento para dar a conocer mi información en: / Release Information From:**

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

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

**Dar a conocer mi información a: / Release Information To:**

Nombre de la persona u organización/ Name of Person/Organization \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Dirección/Address \_\_\_\_\_ Ciudad/City \_\_\_\_\_ Estado/State \_\_\_\_\_ Código Postal/Zip \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono/Phone # \_\_\_\_\_ Número de Fax/Fax # \_\_\_\_\_ (confirme el número de fax)

**Propósito / Purpose**

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

- Continuación de cuidado / Continuation of Care
- Seguro médico/Accidente laboral / Insurance/WC
- Legal / Legal
- Personal / Personal
- Otros motivos (especificar) / Other (specify) \_\_\_\_\_

Fecha(s) de servicio: desde (m/d/año)/Date(s) of Service from: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 hasta (m/d/año)/through \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Dar a conocer mi información sobre: / Information to be Released/Accessed:**

- 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/Mental Health**
- Abuso de sustancias/Substance Abuse**

**Entrega / Disclosure/Access Format**

- Papel – envío por correo postal / Paper Format – US Mail
- Papel – para retirar en la clínica / Paper Format – Pick Up
- CD
- Fax

**Entrega de documentación / Patient Access Format**

- Presentaré mi identificación antes de tener acceso a mis registros médicos.
- Puede que se me cobre una tarifa si solicito copias de mis registros médicos.
- Le haré preguntas a mi médico respecto de mi tratamiento, prognosis, u otros asuntos clínicos.

**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