

1. **Comprendo que la información a ser divulgada puede incluir información respecto de diagnósticos o tratamiento del VIH (virus del SIDA) u otras enfermedades de transmisión sexual, salud mental o tratamiento psiquiátrico, o expedientes sobre educación y tratamiento para drogas y alcohol. Otorgo mi autorización específica para divulgar toda la información de atención médica relacionada con tales diagnósticos, tratamientos o pruebas.**
2. Comprendo que la autorización para el uso o divulgación de la información identificada anteriormente es voluntaria. No es necesario firmar este formulario para garantizar el tratamiento de atención médica. El personal de la Red de Salud CSU no condicionará mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios (si corresponde) sobre si autorizo o no la solicitud de utilizar o divulgar excepto: 1) si mi tratamiento está relacionado con la investigación; o 2) si los servicios de atención médica se proporcionan con el único propósito de crear PHI para divulgación a un tercero.
3. Comprendo que puedo cancelar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida que ya se hayan tomado medidas para cumplir, o si mi autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro y la compañía de seguros tiene el derecho legal de impugnar una solicitud de reembolso. Sin mi cancelación expresa, esta autorización expirará automáticamente al momento de la satisfacción de la necesidad de divulgación, que no exceda los 180 días a partir de la fecha en que se firmó. **Comprendo que esta autorización no aplicará para la atención proporcionada luego de la fecha de mi firma.**
4. La Junta de Gobernadores del Sistema Universitario del Estado de Colorado, de la Universidad del Estado de Colorado y de la Red de Salud CSU no serán responsables por la divulgación de información por parte del destinatario divulgada conforme esta autorización.
5. Comprendo el potencial de esta información divulgada conforme esta autorización a ser redivulgada por parte del destinatario y que la misma ya no estará protegida por la Ley Federal o Estatal.
6. Se puede utilizar una copia o fax con la misma validez que el original.

He leído y reconozco que comprendo los términos y condiciones de esta solicitud. Libero a ambos centros de cualquier responsabilidad al cumplir con esta solicitud.

Firma del paciente/cliente (o personal representante)

Fecha

Hora

Descripción de la autoridad del representante personal

Para el destinatario: Esta información le ha sido divulgada a usted a partir de expedientes cuya confidencialidad puede estar protegida por leyes o regulaciones federales o estatales, que pueden prohibirle hacer cualquier otra divulgación de los mismos sin el consentimiento escrito específico de la persona a quien le pertenecen, o de otra manera según permitido por tales leyes o regulaciones. Una autorización general para divulgación de información médica o de otra índole NO es suficiente para este propósito.

Se ha entregado u ofrecido una copia de esta autorización completada. _____

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA

Información dada: _____

Solicitud completada por: _____

Fecha: _____