

Número de teléfono: 602-246-5605 Fax: 602-246-5835

Selecione Metodo De Envio:

CORREO: _____ RECOGIDA: _____ ENVÍO POR FAX: _____ ELECTRONICO: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Cuenta #: _____ Número de teléfono: _____

Fecha de la hospitalización: _____ Dirección actual: _____

Correo Electrónico: _____

PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

- HISTORIAL Y EXAMEN FÍSICO CONSULTAS LAB/RADIOLOGIA /ECG INFORME ALTA CLÍNICA
 INFORMES OPERATORIOS DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA TODO OTROS: _____

EL PROPÓSITO DE ESTA SOLICITUD ES:

- Por solicitud de mi (paciente) Agencia gubernamental / Policía Uso personal
 Tratamiento médico adicional Investigación legal / abogado Seguro
 Determinación de discapacidad Ver los Registros Médicos en el sitio

Entiendo que Abrazo Community Health Network puede cobrarme por página por los servicios de copia necesarios para completar la solicitud.

POR LA PRESENTE, AUTORIZO AL:

- Abrazo Arizona Heart Hospital, Phoenix AZ Abrazo Mesa Campus, Mesa AZ Abrazo Surprise Campus, Surprise AZ
 Abrazo Maryvale Campus, Phoenix AZ Abrazo West Campus, Goodyear AZ Abrazo Arrowhead Campus, Glendale AZ
 Abrazo Scottsdale Campus, Phoenix AZ Abrazo Central Campus, Phoenix AZ Abrazo Buckeye Emergency Center, Buckeye AZ
 Otros Salud Entidad: _____

A REVELAR LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA RELACIONADA CON MI TRATAMIENTO A:

EMPRESA / PERSONA / INSTALACIONES

DIRECCIÓN: _____
CALLE CUIDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una solicitud por escrito, exceptuando las acciones ya tomadas según esta autorización. Puedo consultar la política de privacidad del hospital para más información. Este consentimiento expirará automáticamente 365 días (1 año) tras la fecha de su firma. Cualquier otra revelación de la información del informe clínico por el destinatario(s) puede no estar protegida por las regulaciones federales de privacidad y puede ser revelada por el destinatario(s). Entiendo todo lo recogido en este formulario. Eximo al proveedor, sus empleados, funcionarios y directores, miembros del personal médico y asociados de cualquier responsabilidad legal por la divulgación de la información anteriormente expuesta según lo indicado y autorizado. La fotocopia de este formulario es válida. Entiendo que la información divulgada de acuerdo con esta autorización médica puede incluir información relativa a enfermedades de transmisión como el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), enfermedades mentales o adicción a sustancias químicas o alcohol.

Al aceptar la custodia de las copias digitales, el paciente o receptor designado acepta el riesgo asociado con su pérdida o robo, en reconocimiento de que los datos se pueden leer a través de los programas de ordenador estándar y, como resultado, la privacidad del paciente no está garantizada.

Firma del paciente

Fecha

Si el paciente no está en condiciones de dar su consentimiento por razones de edad o algún otro factor, exponga las razones: _____

Representante autorizado legal

Fecha

Parentesco al paciente

- Si el paciente es menor de edad y la información es para realizar un tratamiento contra el consumo de alcohol o abuso de drogas, deben firmar el paciente y sus progenitores o tutor legal.

Afirmo que el paciente ha fallecido, que no se ha nombrado a ningún representante personal y que yo soy

Parentesco

Firma

Fecha

Identidad del solicitante verificada por: Fotografía del documento nacional de identidad
 Reconocimiento de firma Otros (especificar): _____

Verificado por: _____ Fecha: _____

Authorization To Use Or Disclose PHI Span (1/1)

EDEM2237 - REV 09/2020