

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

Seleccione 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:**

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hoja de cara de admisión                 | <input type="checkbox"/> Órdenes del medico        | <input type="checkbox"/> Notas de tratamiento respirator               | <input type="checkbox"/> Película/CD de radiología                        |
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta                          | <input type="checkbox"/> Notas de progreso         | <input type="checkbox"/> Registro de medicamentos                      | <input type="checkbox"/> Película/CD de cardiología                       |
| <input type="checkbox"/> Historia y Físico                        | <input type="checkbox"/> Informes de radiología    | <input type="checkbox"/> Registro de rehabilitació (PT/OT/ST)          | <input type="checkbox"/> Registros de facturación/ Información financiera |
| <input type="checkbox"/> Informe de consulta                      | <input type="checkbox"/> Informes de patología     | <input type="checkbox"/> Pruebas de VIH/SIDA, tratamiento, Diagnóstico | <input type="checkbox"/> Otros especificar: _____                         |
| <input type="checkbox"/> Informe Operativo                        | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio | <input type="checkbox"/> Información de salud mental                   | _____   |
| <input type="checkbox"/> Registro del departamento de emergencias | <input type="checkbox"/> Informes de cardiología   |  | _____   |

**MI INFORMACIÓN ALTAMENTE CONFIDENCIAL:**

Al marcar cualquiera de las casillas junto a una categoría de información altamente confidencial que se detalla a continuación, autorizo específicamente el uso y/o divulgación de la categoría de información altamente confidencial indicada junto a la casilla, si dicha información se usará o divulgará de conformidad con esta autorización:

- Información sobre servicios de salud mental o retraso mental
- Notas de psicoterapia creadas por un profesional de la salud mental
- Información sobre pruebas relacionadas con el VIH/SIDA (incluido el hecho de que se ordenó, realizó o informó una prueba del VIH, independientemente de si los resultados de dichas pruebas fueron positivos o negativos)
- Información sobre enfermedades de transmisión sexual
- Información sobre los servicios del programa de tratamiento de abuso de alcohol o drogas
- Información sobre agresión sexual
- Información sobre abuso y negligencia infantil

**POR LA PRESENTE, AUTORIZO AL:**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Abrazo Arizona Heart Hospital, Phoenix AZ | <input type="checkbox"/> Abrazo West Campus, Goodyear AZ     | <input type="checkbox"/> Abrazo Arrowhead Campus, Glendale AZ        |
| <input type="checkbox"/> Abrazo Maryvale Campus, Phoenix AZ        | <input type="checkbox"/> Abrazo Central Campus, Phoenix AZ   | <input type="checkbox"/> Abrazo Buckeye Emergency Center, Buckeye AZ |
| <input type="checkbox"/> Abrazo Scottsdale Campus, Phoenix AZ      | <input type="checkbox"/> Abrazo Surprise Campus, Surprise AZ | <input type="checkbox"/> Abrazo Mesa Campus, Mesa AZ (10/19-4/22)    |
| <input type="checkbox"/> Abrazo Peoria Emergency Center, Peoria AZ |  | <input type="checkbox"/> Abrazo Cave Creek Hospital, Cave Creek AZ   |

RECEPTOR: **Nombre de la persona o clase de personas a quienes Abrazo Health puede divulgar mi información de salud:**

\_\_\_\_\_

**Domicilio del destinatario o donde se debe entregar mi información de salud:**

\_\_\_\_\_ CALLE CUIDAD ESTADO CODIGO POSTAL

**PLAZO:** Esta autorización permanecerá vigente (si se deja en blanco a continuación, esta autorización permanecerá vigente durante 365 días o un año):

- Desde la fecha de esta Autorización hasta el \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_.
- Hasta que la Red de Salud Comunitaria Abrazo cumpla con esta solicitud.
- Hasta que ocurra el siguiente evento: \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_

**PROPÓSITO:** Autorizo a Abrazo Health a usar o divulgar mi información de salud (incluida la información altamente confidencial (seleccionada anteriormente, si corresponde) durante el término de esta Autorización para los siguientes propósitos específicos):

[Nota: "a pedido del Paciente" es suficiente si el Paciente está iniciando esta Autorización]:

- |  |  |  |                                       |
|--|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> La Divulgación es a petición mía (del paciente) | <input type="checkbox"/> Determinación de discapacidad   | <input type="checkbox"/> Abogada / Investigación Legal     | <input type="checkbox"/> Uso personal |
| <input type="checkbox"/> Atención médica adicional                       | <input type="checkbox"/> Agencia Gubernamental / Policía | <input type="checkbox"/> Ver registros médicos en el sitio | <input type="checkbox"/> Seguro       |

Entiendo que Abrazo Health puede cobrarme una tarifa por página por los servicios de copia necesarios para completar mi solicitud.

Entiendo que una vez que Abrazo Health divulga mi información de salud al destinatario, Abrazo Health no puede garantizar que el destinatario no vuelva a divulgar mi información de salud a un tercero. Es posible que no se requiera que el tercero cumpla con esta Autorización o las leyes federales y estatales aplicables que rigen el uso y la divulgación de mi información de salud.

Entiendo que Abrazo Health puede, directa o indirectamente, recibir remuneración de un tercero en relación con el uso o divulgación de mi información de salud.

Entiendo que puedo negarme a firmar o puedo revocar (en cualquier momento) esta Autorización por cualquier motivo y que tal rechazo o revocación no afectará el comienzo, la continuación o la calidad de mi tratamiento en Abrazo Health; excepto, sin embargo, si mi tratamiento en Abrazo Health tiene el único propósito de crear información de salud para divulgarla al destinatario identificado en esta Autorización, en cuyo caso Abrazo Health puede negarse a tratarme si no firmo esta Autorización.

Entiendo que esta Autorización permanecerá vigente hasta que venza el plazo de esta Autorización o proporcione un aviso de revocación por escrito a la Oficina de Privacidad de Abrazo Health en la dirección que se indica a continuación. La revocación entrará en vigencia inmediatamente después de que Abrazo Health reciba mi notificación por escrito, excepto que la revocación no tendrá ningún efecto sobre ninguna acción tomada por Abrazo Health en base a esta Autorización antes de recibir mi notificación por escrito de revocación.

Puedo comunicarme con la Oficina de Registros Médicos de Abrazo Health por correo a:  
10020 N 25th Ave; Phoenix AZ, 85021

por teléfono al: 602-246-5605 o por correo electrónico a: ROI@abrazohealth.com

---

He leído y comprendo los términos de esta Autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso y la divulgación de mi información médica. Con mi firma, por la presente, a sabiendas y voluntariamente autorizo a Abrazo Health a usar o divulgar mi información de salud de la manera descrita anteriormente.

---

Firma del paciente

---

Fecha

Nota: Si el Paciente es menor de edad o no puede firmar esta Autorización, obtenga las siguientes firmas:

---

Firma del representante personal autorizado

---

Fecha

---

Relación con el paciente

Identidad del solicitante verificada a través de:  Identificación fotográfica  Firma coincidente

Otros especifian: \_\_\_\_\_

Verificada por: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

---

Solicitud de fecha cumplida: \_\_\_\_\_

Por: \_\_\_\_\_

Método: Enviado por correo / recogido por el paciente / Fed Ex

Registros/Información proporcionada:

Expediente(s) médico(s) para la(s) fecha(s) solicitada(s)

Registros de facturación

CD de radiología

Otro: \_\_\_\_\_

CD de cardiología