

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::

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

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:

- Abrazo Arizona Heart Hospital, Phoenix AZ
- Abrazo Maryvale Campus, Phoenix AZ
- Abrazo Scottsdale Campus, Phoenix AZ
- Abrazo Peoria Emergency Center, Peoria AZ
- Abrazo Mesa Campus, Mesa AZ
- Otros Salud Entidad: _____
- RECEPTOR: Nombre de la persona o clase de personas a quienes Abrazo Community Health Network puede divulgar mi información de salud: _____
- Domicilio del destinatario o donde se debe entregar mi información de salud: _____
- Abrazo West Campus, Goodyear AZ
- Abrazo Central Campus, Phoenix AZ
- Abrazo Surprise Campus, Surprise AZ
- Abrazo Arrowhead Campus, Glendale AZ
- Abrazo Buckeye Emergency Center, Buckeye AZ

| | | | |
|-------|--------|--------|---------------|
| CALLE | CIUDAD | 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:_____
- Other:_____

PROPÓSITO: Autorizo a Abrazo Community Health Network 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]:

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

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

Entiendo que una vez que Abrazo Community Health Network divulga mi información de salud al destinatario, Abrazo Community Health Network 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 Community Health Network 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 Community Health Network; excepto, sin embargo, si mi tratamiento en Abrazo Community Health Network tiene el único propósito de crear información de salud para divulgarla al destinatario identificado en esta Autorización, en cuyo caso Abrazo Community Health Network 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 Community Health Network en la dirección que se indica a continuación. La revocación entrará en vigencia inmediatamente después de que Abrazo Community Health Network reciba mi notificación por escrito, excepto que la revocación no tendrá ningún efecto sobre ninguna acción tomada por Abrazo Community Health Network en base a esta Autorización antes de recibir mi notificación por escrito de revocación.

Puedo comunicarme con la Oficina de Registros Médicos de Abrazo Community Health Network por correo a:

10020 N 25 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 Community Health Network 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 : _____