

Número de teléfono:: 602-246-5605 Fax: 602-2465835

Seleccione Metodo De Envio:

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

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Cuenta #: _____ Número de teléfono: _____

Fecha de la hospitalización: _____ Dirección actual: _____

Correo Electrónico: _____

PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN::

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

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
- Abrazo Cave Creek Hospital, Cave Creek AZ
- Otros Salud Entidad: _____
- 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
- Abrazo Mesa Campus, Mesa AZ (10/19-4/22)

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

de salud: _____

CALLE

CIUDAD

ESTADO

CODIGO POSTAL

RECEPTOR: Correo electrónico: _____

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 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"/> Agencia Gubernamental / Policía | <input type="checkbox"/> Uso personal |
| <input type="checkbox"/> Atención médica adicional | <input type="checkbox"/> Abogada / Investigación Legal | <input type="checkbox"/> Seguro |
| <input type="checkbox"/> Determinación de discapacidad | <input type="checkbox"/> Ver registros médicos en el sitio | |

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:

10835 N. 25th Ave., Suite #350
Phoenix, AZ 85029

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 especifican: _____

Verificada por: _____ Fecha: _____

Solicitud de fecha cumplida: _____ Por: _____ Método: _____

Enviado por correo/recogido por el paciente/Fed Ex

Registros/Información proporcionada:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Expediente(s) médico(s) para la(s) fecha(s) solicitada(s) | <input type="checkbox"/> Registros de facturación |
| <input type="checkbox"/> CD de radiología <input type="checkbox"/> CD de cardiología | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Release of Information - ROI (2)

EDEM2236 - REV 04/2022