

Nombre de paciente: _____

Otros Nombres Usados con Adelante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección del Paciente: _____

Teléfono: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo Electrónico (si no está claro, será enviado por correo postal): _____

DIVULGAR INFORMACION A: **OBTENER INFORMACION DE:**

Nombre/Instalación: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Numero de Fax: _____

RAZON POR LA SOLICITUD

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Personal | <input type="checkbox"/> Seguro | <input type="checkbox"/> Transferencia a otro doctor |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad | <input type="checkbox"/> Legal/Oficina Legal | <input type="checkbox"/> Otra razon: _____ |

INFORMACION A DIVULGAR

Fechas: DE: ___/___/___ AL: ___/___/___ Últimos 2 años de registros médicos

Mi firma autoriza la divulgación de los siguientes registros:

- Todos registros médicos; incluye salud del comportamiento, pruebas relacionadas con el VIH, abuso de alcohol y/o sustancias, cobros
- **Si lo anterior no está autorizado, elija lo que se puede divulgar marcando los cuadros a continuación****
- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Reporte de citas | <input type="checkbox"/> Reportes de radiología/imagen | <input type="checkbox"/> Salud de comportamiento |
| <input type="checkbox"/> Información de cobros | <input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio/reporte | <input type="checkbox"/> VIH, pruebas/información |
| <input type="checkbox"/> Información de abuso de alcohol/sustancias | <input type="checkbox"/> Reportes de psicoterapia | Otro: _____ |

Al firmar a continuación, autorizo a Adelante Healthcare, o al centro mencionado anteriormente, a divulgar registros médicos como se indica. Esta solicitud expirara 120 días después de su firma. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando un aviso por escrito al Funcionario de Privacidad de Adelante en 3033 N Central Ave # 145, Phoenix, AZ 85012.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Padre o Tutor Legal: _____ Fecha: _____

- Los pacientes de Adelante recibirán una (1) copia de sus registros personales GRATIS de por vida cuando se envíen por correo a la dirección del domicilio del paciente.
- Adelante colabora con Sharecare Health Data Services, un especialista nacional en divulgación de información. Según las leyes federales y estatales, Sharecare HDS puede recuperar ciertos costos relacionados con la realización de copias de sus registros médicos. Se pueden aplicar cargos fuera de la (1) copia gratuita para uso personal en toda la vida.

***El pago a ShareCare HDS debe enviarse antes de que se entreguen los registros.**