

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_

Otros Nombres Usados con Adelante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección del Paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**DIVULGAR REGISTROS A:**  **OBTENER REGISTROS DE:**

Nombre/Instalación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Numero de Fax: \_\_\_\_\_

**RAZON POR LA SOLICITUD**

Personal  Seguro  Transferencia a otro doctor  
 Discapacidad  Legal/Oficina Legal  Otra razón: \_\_\_\_\_

**INFORMACION A DIVULGAR**

**Fechas:** DE: \_\_\_\_\_ AL: \_\_\_\_\_   Todos 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\*\***  
 Reporte de citas  Reportes de radiología/imagen  Salud de comportamiento  
 Información de cobros  Pruebas de laboratorio/reporte  VIH, pruebas/información  
 Información de abuso de alcohol/sustancias Otro: \_\_\_\_\_

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

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Padre o Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

- Pueden enviarse las solicitudes a [medicalrecords@adelantehealthcare.org](mailto:medicalrecords@adelantehealthcare.org) o por fax a 623.815.9253
- El menor puede firmar el formulario si: es emancipado/a, casado/a o para registros de ETS o reproductivas. Si la autorización está siendo firmada por el representante legal de un paciente, usted debe proporcionar la documentación relevante que lo autoriza a actuar en nombre del paciente.
- Los pacientes de Adelante recibirán una (1) copia de sus registros personales GRATIS en un año 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 un año.

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