

Autorización para Revelar Información de Salud

Yo autorizo a: **Adelante Healthcare**, 3033 N Central Ave. Suite 145 Phoenix, AZ 85012 P) 877-809-5092 F) 623-815-9253, para revelar/peticion mi información sobre mi salud, como se indica aquí abajo:

Todas las secciones deberán ser completadas para que la solicitud sea procesada

Información del Paciente:

Nombre Completo del Paciente: _____ ¿Otros Nombres Durante el Tratamiento? _____
 Dirección del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Número de Tel.: _____

Revelar Información A _____ o De: _____

-Esta sección deberá ser completada para que su solicitud pueda ser procesada-

Nombre/Centro de Salud: _____ Atención a: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Número de Fax: _____
 Propósito de la Solicitud: Personal Tratamiento Legal Seguro Discapacidad
 Transferencia/Razón _____ Otro _____

Información de Pago para Uso Personal:

*** OPCIONES DE PAGO: Cheque, Tarjeta de Crédito o Giro***

Los cargos que se indican a continuación se aplicarán a todas las copias liberadas directamente al paciente o enviadas en nombre del paciente. *La factura deberá ser pagada antes de ser divulgados los registros

A.R.S 12-2295: Salvo disposición de acuerdo a la ley, un proveedor de atención médica o contratista puede cobrarle a una persona que solicite duplicados de registros médicos o registros de pago bajo una tarifa razonable por la producción de dichos registros. A excepción de lo necesario para la continuidad de la atención, un proveedor de salud o contratista podrá solicitar el pago por adelantado de las tarifas correspondientes.

\$15 por solicitud- más \$0.25 por página Costo de Estampilla & Sobre de Rayos X en Disco \$25.00

Información para ser Revelada:

Sección 2:
 Favor de proporcionar información en mis registros médicos para las fechas: Favor de especificar fechas:
 De _____ A _____
 Historial y Examen Físico
 Nota de la Visita a la Oficina
 Exámenes de Laboratorio
 Rayos X/Reportes de Imágenes
 Otros _____

Forma de Registros:

Favor de Escoger: Registros en Papel Registros en CD -----> 4 Dígitos de Clave de Cifrado: _____
 *De no proporcionarse la clave de cifrado, ésta será incluida con el CD al momento de entrega.

Autorización para Revelar Información Protegida:

***Requerido** – Favor de completar las casillas de abajo indicando la manera en que la información protegida deberá ser manejada, incluso si las categorías no aplican necesariamente a los registros médicos del paciente.

Marque Una

Poner sus Iniciales en Cada Línea de Abajo

- Sí** **No** quiero información sobre *Salud Mental divulgada _____
- Sí** **No** quiero información sobre *Estudios de VIH e Información Relacionada divulgada _____
- Sí** **No** quiero información sobre *Alcohol y/o Abuso de Sustancias revelada _____
- Sí** **No** quiero información sobre *Enfermedades Transmisibles divulgada _____

Favor de confirmar de que usted haya **marcado y puesto sus iniciales en todas** las categorías de información protegida indicado arriba, independientemente si son aplicables o no. Si la forma está incompleta, o si la información protegida no es divulgada, quizá no podamos cumplir su solicitud.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

(Obligatorio para todos los pacientes de 18 años y mayores para registros psiquiátricos, 14 años y mayores para registros sobre el uso de sustancias)

Firma del Padre o Tutor Legal: _____ Fecha: _____

(Obligatorio para todos los pacientes menores de 18 años, a menos que sea permitido por la ley. De no ser el padre, deberá proporcionarse documentación sobre la representación legal)

Si es firmado por el representante del Paciente, por favor, proporcione la descripción de Autoridad:

-Esta autorización expirará en 90 días a partir de la fecha que aparece en la parte superior de esta forma. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito al Departamento de Manejo de la Información de Salud, pero de hacerlo, esto no tendrá ningún efecto en las acciones que Adelante Healthcare/BACTES haya tomado antes de recibir la revocación.

-Entiendo que bajo la ley aplicable la información utilizada o descrita en virtud a esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por la persona que recibe y ya no estar sujeta a las protecciones de las normas de privacidad.

-Entiendo que mi tratamiento o continuación de mi tratamiento por Adelante Healthcare y sus afiliados no está bajo ninguna manera condicionado a si firmo o no la autorización y que puedo rehusarme a firmarla.

-Entiendo que puedo inspeccionar y copiar la información que sea utilizada o divulgada.