



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR
INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Apply Patient Label

Nombre del paciente: Fecha de nacimiento: Otros nombres usados: Nro. de historia clínica:

Autorizo a Phoenix Children's a Enviar mi documentación a: Obtener documentación de: Destinatario, organización: Atención: Dirección: Ciudad: Estado: Código postal: Teléfono: Fax: Correo electrónico: La información se divulgará mediante: Correo electrónico protegido - PDF Intercambio electrónico - Imágenes radiológicas Fax

Propósito de la divulgación de información: Continuación de atención médica Uso personal Legal Seguro Discapacidad Educación Otro (aclarar): Tipo de documentación: Hospital / paciente internado Paciente ambulatorio / Clínica especializada: Departamento de Emergencias / Atención urgente Pediatría Phoenix Children's: (indicar lugar)

Fechas de la documentación: De Hasta Mes / año Mes / año Resumen de alta Notas de evolución del paciente ambulatorio Antecedentes y examen físico Radiología y otros informes diagnósticos Parte operatorio /Nota de procedimientos Radiología y otros diagnósticos por imágenes Laboratorio /Informe de patología Estado de cuenta Vacunación Otro:

Comprendo que mi historia clínica puede contener información delicada que autorizo a divulgar: Con mi firma en este documento autorizo la divulgación de la información especificada abajo (indique qué documentación autoriza a divulgar; lo que no se aclare no se divulgará). Enfermedades de transmisión sexual (VIH)/SIDA/Otro Información genética Salud mental

Aviso: Al divulgar información el destinatario podría divulgar o distribuir la información sin protección de las leyes de confidencialidad. Mis derechos - Comprendo que: Esta autorización es voluntaria. La firma de esta autorización no condiciona de manera alguna el tratamiento, el pago, la inscripción o el derecho a recibir prestaciones. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento -con algunas excepciones- comunicándome por escrito al depto. de Gestión de Información de Salud. La revocación tendrá efecto cuando este departamento la reciba. Comprendo que una vez que el destinatario reciba la información según los términos de esta autorización, la información podría volver a distribuirse. Vencimiento de la autorización: Esta autorización vence en seis meses desde la fecha en que se firme a menos que se indique otra fecha o situación aquí:

Firma del paciente o representante legal Fecha Nombre en letra de imprenta del paciente o representante legal Relación con el paciente Luego de completar la información anterior, envíe este documento por fax, correo electrónico o correo postal a: Phoenix Children's /Attn: ROI 1919 E Thomas Road Phoenix, AZ, 85016 Fax: 602-933-2469 HIMRecordRequests@phoenixchildrens.com

For Phoenix Children's Use Only: Have the records been released to the requestor? Yes No Staff Name: Dept:

