

Arizona General Hospital

Autorización Para La Revelación De Información Médica

M.R. No. _____
NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
DIRECCIÓN _____ CODIGO _____ No. DE TELEFONO _____
FECHAS DE SERVICIO DE HOSPITAL _____

PROPOSITO DE REVELACION _____
 Todo reporte disponible Reportes de laboratorio
 Consulta Reporte de operación
 Resumen de dar de alta Reporte de patología
 Reportes de EKG Reportes de rayos X
 Antecedentes y chequeo Otro: Especifique _____
 Registros de facturación

POR MEDIO DE LA PRESENTE RECONOZCO Y OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA LO ANTERIOR Y RECONOZCO QUE LA INFORMACIÓN LIBERADA PUEDE CONTENER **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH/SIDA, INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON UNA ENFERMEDAD CONTAGIOSA, INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA SALUD MENTAL Y/O CON EL USO DE ALCOHOL/DROGAS.** _____ (INICIALES)

POR LA PRESENTE AUTORIZO A: _____ QUE REVELE TODA LA
COMPAÑIA, PERSONA, INSTALACION

INFORMACION REDIDA ARRIBA CON RELACION A MI TRATAMIENTO Y CUIDADO A:

_____ COMPAÑIA, PERSONA, INSTALACION

_____ DIRECCION

_____ TELEFONO

Entiendo que el hospital no condicionará mi tratamiento al hecho de que yo firme esta autorización. El hospital no me negará el tratamiento si no deseo firmar este formulario. Puedo negarme a firmar esta autorización. También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, salvo en la medida en que ya se hayan realizado acciones de acuerdo con la misma. Para revocar mi autorización, debo hacer llegar una petición por escrito al Departamento de Gestión de Información Médica del Arizona General Hospital. Esta autorización será considerada inválida 6 meses después de la fecha de su firma. Entiendo que, si esta información es divulgada a terceros, la información dejará de estar protegida por las normas federales de privacidad y podrá ser divulgada una vez más por la persona u organización que la reciba. Puede haber un cargo sujeto a tarifas razonables.

_____ FRIMA DEL PACIENTE*

_____ FECHA

_____ FIRMA DE OTRA PERSONA AUTORIZADA

* Si el paciente es menor de edad y la información que se revela trata con el tratamiento para el abuso de alcohol o drogas, tanto el paciente como el padre/madre o tutor legal deben firmar.

_____ PARENTESCO CON EL PACIENTE

PATIENT IDENTIFICATION LABEL



Dignity Health
Arizona General Hospital

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION
714-L076 (REV 10/14)