

AUTORIZACION PARA EL USO O LA DIVULGACION DE INFORMACION CLINICA PROTEGIDA

Este documento autoriza la divulgación y/o el uso de su información clínica. Esta autorización podría considerarse inválida si no se recibe toda la información que se le pide.

USO Y DIVULGACION DE INFORMACION CLINICA PROTEGIDA:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Otros nombres utilizados: _____ Número de teléfono: _____

Medical Record or Account#: _____

(Sólo para el uso del hospital)

AUTORIZO A: _____

(Centro médico u otro proveedor de servicios)

A ENVIAR INFORMACION A: _____

(Las personas u organizaciones autorizadas a recibir la información)

a la siguiente dirección: _____

Correo Electronico: _____

(calle, ciudad, estado y código postal) Tel/Fax: _____

ESPECIFIQUE LOS DATOS, la información clínica específica o los datos que corresponden a las fechas especificadas de algún tratamiento [Marque las cuadras que corresponden]:

Información pertinente

(Historial médico y examinación física, resumen de alta, consulta, informe operatorio, informe patológico, resultados de laboratorio, rayos-X, informe del departamento de emergencias)

Informes de consulta

Resumen de alta

Electrocardiogramas (EKG)

Sala de Emergencias

Historial médico y

examinación física

Pruebas de laboratorio

Medicamentos

Facturaciones

Informes de procedimientos

Notas de progreso

Informe de Rayos-X

Informe de patología

Fecha(s): _____

Otro(s): _____

TODOS LOS DATOS que tengan que ver con mi tratamiento, hospitalización y cuidado como paciente externo.

Se requiere una autorización aparte para el uso o la divulgación de notas de psicoterapia o de información médica investigativa.

INFORMACION DELICADA: La información revelada puede incluir lo siguiente (ponga sus iniciales en las líneas que aplican):

___ Información sobre pruebas genéticas

___ Información relacionada al VIH y otras enfermedades contagiosas

___ Fármaco/Información relacionado con las bebidas alcohólicas

PATIENT'S REQUEST FOR ACCESS
TO PROTECTED HEALTH INFORMATION

X-MR-4869



PROPOSITO: El propósito del uso o de la divulgación requerida es:

- A petición del paciente o su representante personal
- Cuidado médico continuo
- Seguro médico
- Revisión legal
- Otro:

LIMITES: Los siguientes límites se aplican a esta autorización para la divulgación de información:

- Ninguno
- Otros: _____

VENCIMIENTO: Esta autorización vence automáticamente al pasar un (1) año de la fecha de ejecución a menos que se especifique un evento o fecha diferente: _____

(anote la fecha o el evento)

MIS DERECHOS:

- Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negación no afectará mi habilidad de recibir tratamientos, pagos ni mis requisitos para beneficios.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y mandarlo a la siguiente dirección:

Registros Médicos
Mercy Gilbert Medical Center: 3555 S. Val Vista Drive, Gilbert, AZ, 85297
Chandler Regional Medical Center: 1955 W. Frye Rd, Chandler, AZ, 85224

Mi revocación tomará efecto al ser recibida, excepto en el caso de que otros ya hicieran una petición de acuerdo con esta autorización.

La información divulgada de acuerdo con esta autorización puede ser divulgada de nuevo por el destinatario. En algunos casos, puede que tal divulgación no esté protegida por la ley de Arizona y puede dejar de estar protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA, por sus siglas en inglés).

FIRMA: _____ Fecha: _____
(Signature) (Paciente o su representante) (Date)

Nombre del representante personal en letra de molde Relación al paciente
(Print name of personal representative) (Relationship to patient)

Patient/Representative Identification Verified. *Initials:* _____ *Dept.:* _____

**PATIENT'S REQUEST FOR ACCESS
TO PROTECTED HEALTH INFORMATION**
X-MR-4869

