



AUTORIZACIÓN PARA QUE NOAH RECIBA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD DE ALGUNA ENTIDAD EXTERNA

1. INFORMACIÓN QUE IDENTIFICA AL PACIENTE

Nombre del paciente: (nombre, apellido): _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección: _____ Depto. #: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Número telefónico: _____ Fecha(s) de servicio: _____
 Nombre de la institución que envía los expedientes: _____

A. Para liberar expedientes médicos de otro proveedor de atención médica a NOAH:

Autorizo a (nombre del proveedor o la institución) _____ para que revele mis expedientes médicos a NOAH como lo indico en la Sección 2 abajo.

Número telefónico de la institución que lo envía: _____

Número de Fax de la institución que lo envía: _____

Nota: Por favor envíe por correo o por fax los expedientes a la instalación de NOAH indicada abajo.

Revelar a (nombre de la institución): Neighborhood Outreach Access to Health (NOAH)

Dirección: 3634 N. Drinkwater Blvd. Scottsdale, AZ 85251

Número telefónico: 480-882-4545 Fax: 480-882-4594

2. DESCRIPCIÓN ESPECÍFICA DE LA INFORMACIÓN A LIBERAR (marque todas las que sean aplicables):

Resumen del alta Historial y exploración física Reportes quirúrgicos Electrocardiograma
 Reportes radiológicos Análisis de laboratorio Consultas Expediente completo
 Solo los expedientes pertinentes Otro (especifique) _____

A. Descripción específica de los propósitos para liberar la información:

Continuar con la atención al paciente Compensación laboral
 Seguro/pago por la atención médica La liberación se hace a petición del paciente
 Otro (especifique) _____

B. Autorizo que el proveedor médico utilice o libere información relacionada con:

SIDA/VIH y otras enfermedades contagiosas Información de pruebas genéticas
 Reportes sobre atención psiquiátrica Tratamiento por abuso de alcohol y/o drogas

Entiendo que al firmar esta autorización NOAH no condicionará mi tratamiento. NOAH no me negará tratamiento si no deseo firmar este formulario. Puedo rehusarme firmar este formulario de autorización. También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, con algunas excepciones. Para obtener más detalles sobre cuándo me es, o no, posible revocar esta autorización, puedo leer la Notificación de las Prácticas de Privacidad de HonorHealth.

Para revocar mi autorización debo emitir una solicitud por escrito a NOAH. A menos que yo revoque esta autorización antes de su cumplimiento, ésta expirará a su cumplimiento o a los 90 días a partir de la fecha en que se firmó, lo que suceda primero. Entiendo que si esta información se libera a una tercera parte, podría ya no estar protegida por las regulaciones de privacidad federales y que podría volverse a liberar por la persona u organización que reciba la información. Entiendo los asuntos discutidos en este formulario. Libero la información al proveedor, a sus empleados, a los jefes de personal y directores, a los miembros del personal médico y a los negocios asociados en la medida en que se indica y autoriza en la presente

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del representante legal: _____ Relación con el paciente: _____