AUTORIZACIÓN PARA ENVIAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD DE NOAH A ALGUNA ENTIDAD EXTERNA

Neighborhood Outreach Access to Health
7500 N. Dreamy Draw Dr., Ste 145
Phoenix, AZ 85020
Fax: (480) 882-4594

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: _____

A. Para liberar expedientes médicos DE NOAH:

Autorizo que NOAH libere mis expedientes médicos como lo indico en la Sección 2 abajo:

Liberar a (nombre del proveedor o la institución): _____

Dirección: _____

Número telefónico de la persona u oficina que recibirá los expedientes (obligatorio): _____

Número de fax de la persona u oficina que recibirá los expedientes (obligatorio): _____

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 a 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 NOAH.

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 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: _____