Northern Arizona Healthcare

AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

*****Por favor mande por fax inmediatamente a _____*****

Autorizo a _____ para divulgar la siguiente información contenida en el registro médico de:
(Ingrese el nombre del hospital o clínica)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE	Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ N.º de registro médico (sólo para uso interno) _____ Dirección _____ Código de área y Número de teléfono _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
INFORMACIÓN SOLICITADA (Más Recién)	**Fechas de servicio Desde:** _____ **a:** _____ ☐ Todos los registros pertinentes ☐ Alergias ☐ Consultas ☐ Resumen del alta ☐ Registro de la sala de urgencia ☐ Informe más recién de ECG ☐ Antecedentes y examen médico ☐ Laboratorio (los últimos 3 meses) ☐ Lista de medicamentos ☐ Ecocardiograma ☐ Otro _____ ☐ Informe de operación ☐ Informe de patología ☐ Registros de radiología ☐ Instrucciones de alta ☐ Imágenes de rayos X/Informe ☐ Registro de fracturación ☐ Registro médico completo ☐ Torunda/Resulto de MRSA ☐ Evaluación Preoperatoria Más Recién ☐ Prueba de esfuerzo con estudios de medicina nuclear **Autorizo al proveedor a revelar la información relacionada con: (marque todo lo que corresponda)** ☐ Información sobre salud del comportamiento, salud mental y psiquiátrica ☐ SIDA/VIH y otras enfermedades transmisibles ☐ Tratamiento y/o examen de detección para el abuso de sustancias y alcohol ☐ Pruebas genéticas **Método de entrega** _____ ☐ Llamar cuando esté listo ☐ En papel impreso ☐ CD
PRE-OP CLEARANCE	☐ Ecografía/interrogación de marcapasos/informe de cateterización ☐ Evaluación de riesgo de anestesia ☐ Nota cardiaca/autorización ☐ Instrucciones escritas de aspirina/Plavix/anticoagulación
REGISTROS CLÍNICOS/OFICINA	☐ Notas clínicas ☐ Historia clínica y examen físico ☐ Pruebas de laboratorio ☐ Informes de Rayos X ☐ Resumen del alta ☐ Informe de operación ☐ Notas del progreso ☐ Otros
OBJETIVO	☐ Para mí ☐ Continuación de la atención médica ☐ Indemnización laboral ☐ Cobertura del seguro ☐ Otro: _____
PACIENTE para ser VISTO POR, O ENTREGADO A	Compañía, Persona, Centro _____ Código de área y Número de teléfono _____ Dirección _____ Código de área y Número de fax _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Puedo rehusarme a firmar este formulario de autorización. Comprendo que el Centro no me negará el tratamiento ni lo condicionará a la firma de esta autorización.

Comprendo que la información contenida en mi registro médico puede incluir información relacionada con una Enfermedad de Transmisión Sexual, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y otras enfermedades transmisibles, atención de salud mental, atención psiquiátrica, tratamiento por el abuso del alcohol y drogas y pruebas genéticas: Mi firma autoriza la divulgación de cualquier información relacionada.

Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que la acción basada en esta autorización ya se haya producido. Esta autorización tendrá una vigencia de un año, salvo que la revoque antes. Para revocar mi autorización, debo presentar una solicitud escrita al Custodio de Registros Médicos en el establecimiento correspondiente: Flagstaff Medical Center, 1200 N. Beaver St., Flagstaff, AZ 86001; Verde Valley Medical Center, 269 S. Candy Lane, Cottonwood, AZ 86326 o Northern Arizona Home care, 107 E. Oak Avenue, Flagstaff, AZ 86001.

Comprendo que si se divulga esta información a un tercero, la información podría ya no estar protegida por las regulaciones estatales y federales y podría ser divulgada a su vez por la persona u organización que recibe dicha información.

Comprendo los asuntos contenidos en este formulario. El proveedor, sus empleados, funcionarios y directores, miembros del personal médico y socios comerciales están exentos de cualquier responsabilidad u obligación legal relacionados con la divulgación de la información mencionada anteriormente conforme a la autorizado en la presente.

Esta información le ha sido revelada de los registros que son protegidos por las normas de confidencialidad federal (Título 42 del Código de Reglamentos Federales [CFR, por sus siglas en inglés], sección 2). Las normas federales le prohíben realizar cualquier divulgación posterior de la información a menos que la divulgación posterior sea expresamente permitida por medio de un consentimiento escrito de la persona a quien pertenece o según sea permitido en el Título 42 del Código de Reglamentos Federales, sección 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar en lo penal a cualquier paciente por consumo de alcohol o drogas.

Firma del paciente _____ Fecha _____ Hora _____ Firma del representante autorizado del paciente _____ Fecha _____ Hora _____

Nobre en letras de imprenta _____ Nobre en letras de imprenta _____

☐ Tutor legal ☐ Poder legal para decisiones de atención médica ☐ Sustituto para tomar decisiones ☐ Representante del paciente
☐ Menor de edad ☐ Paciente ya fallecido ☐ Otra _____

For Healthcare Use Only

Employee completed/reviewed form with patient: _____ **ID verified** _____ **Date Received:** _____ **Date Sent:** _____

Date Faxed _____ **# of pages** _____ **Copy Service:** _____ **Date Copied:** _____ **Completed By:** _____ **Emailed to Copy Service on:** _____

ROI