



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Apply Patient Label

Necesitamos que responda las preguntas que leerá a continuación para poder divulgar la información protegida de su salud (IPS). Este documento también contiene información sobre sus derechos referentes a la divulgación de la información protegida de su salud. Complete todo el formulario y si tiene alguna duda, comuníquese con el Departamento de Gestión de Información de Salud (Historias Clínicas: al 602-933-1490, opción 1).

Form with fields for patient name, birth date, phone number, address, city, state, zip code, and authorization checkboxes for information disclosure.

Form with sections for 'Propósito de revelar la información', 'Tipo de historias clínicas', 'Fechas de servicio', and 'Tipo de documentos que se divulgará'.

Entiendo que las historias clínicas mencionadas anteriormente podrían incluir información cuya divulgación exija autorización específica. Autorizo al profesional de la salud a usar o divulgar información referida a (marque y escriba sus iniciales en todas las opciones que correspondan).

Table with 4 columns: Sí, No, No corresponde, Iniciales. Rows list various medical conditions and services for which the patient grants or denies authorization.





AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Apply Patient Label

Aviso: Por ley, Phoenix Children's Hospital y otras organizaciones y personas, tales como médicos, hospitales y planes de salud, están obligados a mantener confidencial la información de su salud. Si autoriza a divulgar la información de su salud a terceros que no están obligados por la ley a mantenerla confidencial, su información de salud podría dejar de estar protegida por las leyes de confidencialidad federales y del estado.

Mis derechos: Entiendo que esta autorización es voluntaria. La firma de esta autorización no condiciona de manera alguna el tratamiento, pago, inscripción o derecho a recibir prestaciones. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, con algunas excepciones, siempre que lo haga por escrito y presente la solicitud al Departamento de Historias Clínicas. La revocación entrará en vigor a partir del momento en que Phoenix Children's Hospital la reciba, pero no se aplicará a la información que Phoenix Children's Hospital o terceros ya hayan divulgado durante la vigencia de esta autorización. En el Aviso de Normas de Privacidad de Phoenix Children's Hospital, encontraré información detallada sobre cuándo puedo y no puedo revocar esta autorización. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Vencimiento de la autorización: A menos que se revoque de otra manera, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, situación o condición: _____. Si omito especificar una fecha de vencimiento, situación o condición, esta autorización vencerá automáticamente seis (6) meses después de la fecha de su firma.

Entiendo los temas tratados en este documento. Eximo a Phoenix Children's Hospital, sus empleados, agentes, funcionarios, directores y personal médico de toda responsabilidad u obligación legal por la divulgación de la información antes mencionada, dentro de los límites indicados y autorizados en este documento.

La información se divulgará mediante (elija UNA): Correo electrónico seguro - formato electrónico (archivo PDF) Portal de pacientes (Follow My Health) Fax

Firma del paciente o del representante legal

Fecha/hora

Nombre en letra de imprenta del paciente o representante legal

Relación del representante legal con el paciente

Luego de completar la información anterior, envíe este formulario por fax, correo electrónico o correo postal a:

Phoenix Children's Hospital, Atención: ROI
1919 E. Thomas Rd. Phoenix, AZ 85016
FAX: 602-933-2469

Correo electrónico: HIMRecordRequests@phoenixchildrens.com

For PCH Use only:

Completed by Employee & Department: _____ Date/Time: _____

Requester ID Verified Request entered in ROI Software

Medical Record Number _____ Account Number _____