

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Lea este formulario en su totalidad antes de firmar y complete todas las secciones que correspondan a sus decisiones relacionadas con la divulgación de información de salud protegida.

### NOMBRE DEL PACIENTE O INDIVIDUO

Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

### OTRO(S) NOMBRE(S) UTILIZADO(S)

\_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

TELÉFONO \_\_\_\_\_ TELÉFONO ALT. \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (Opcional): \_\_\_\_\_

### AUTORIZO A ARIZONA BLOOD & CANCER SPECIALISTS A DIVULGAR MI INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA A:

Persona/Nombre de la organización \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### ¿QUIÉNES PUEDEN RECIBIR Y USAR LA INFORMACIÓN DE SALUD?

¿Podemos divulgar su información a su: cónyuge, hijo(s) adulto(s), hermano(a) u otra persona? Si su respuesta es sí, escriba el nombre, información de contacto y relación con usted.

Persona/Nombre de la organización \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### MOTIVO DE LA DIVULGACIÓN:

- Tratamiento/atención médica continua
- Uso personal
- Facturación o reclamaciones
- Seguro
- Fines legales
- Determinación de discapacidad
- Escuela
- Empleo
- Otro \_\_\_\_\_

**¿QUÉ INFORMACIÓN PUEDE SER DIVULGADA?** Complete lo siguiente indicando los puntos que desea divulgar. Se requiere la firma de un paciente menor de edad para la liberación de algunos de estos puntos. En caso de liberación de la información de salud completa, marque solo la primera casilla.

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Información de salud completa</b>       | <input type="checkbox"/> Órdenes del médico                        | <input type="checkbox"/> Notas de evolución    | <input type="checkbox"/>                        |
| Información de facturación  |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Historial/examen físico                    | <input type="checkbox"/> Alergias del paciente                     | <input type="checkbox"/> Resumen del alta      | <input type="checkbox"/> Informes de radiología |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos pasados/actuales diagnósticas | <input type="checkbox"/> Radiografías de diagnósticos por imágenes | <input type="checkbox"/> Informes operativos   | <input type="checkbox"/> Informes de pruebas    |
| <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio                  | <input type="checkbox"/> Informes de consultas                     | <input type="checkbox"/> Informes de patología | <input type="checkbox"/> Otro _____             |

**Se requieren sus iniciales para la liberación de la siguiente información:**

- \_\_\_\_\_ Registros de salud mental (excepto las notas de psicoterapia)
- \_\_\_\_\_ Información genética (incluidos los resultados de las pruebas genéticas)
- \_\_\_\_\_ Registros de abuso de drogas, alcohol o sustancias (excepto la Parte 2)
- \_\_\_\_\_ Resultados/tratamiento de la prueba de VIH/SIDA

*Sus iniciales en esta posición sirven como consentimiento específico para divulgar la información protegida descrita anteriormente. Usted reconoce que esta información, una vez divulgada, puede perder su estado de protección y estar sujeta a una divulgación posterior.*

**USTED TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN**

**PERÍODO DE VIGENCIA:** Esta autorización es válida hasta el momento en que ocurra la muerte del individuo, hasta que el individuo alcance la mayoría de edad o hasta que se retire el permiso, lo que ocurra primero; o hasta la siguiente fecha específica (opcional):

Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

**DERECHO DE REVOCACIÓN:** Entiendo que puedo retirar mi permiso en cualquier momento mediante un aviso por escrito que indique mi intención de revocar esta autorización a la persona u organización nombrada bajo **"QUIÉNES PUEDEN RECIBIR Y USAR LA INFORMACIÓN DE SALUD"**. Entiendo que las acciones anteriores llevadas a cabo por entidades que tenían permiso para acceder a mi información de salud en virtud de esta autorización no se verán afectadas. Si revoco esta Autorización, debo enviar una solicitud por escrito a: **Arizona Blood & Cancer Specialists, [\*\*\*], A/A: Oficial de privacidad**. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se ha liberado en virtud de esta Autorización ni aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi aseguradora el derecho de impugnar una reclamación bajo mi póliza.

**AUTORIZACIÓN DE FIRMA:** He leído este formulario y acepto los usos y divulgaciones de la información según han sido descritos. Entiendo que negarse a firmar este formulario no detiene las divulgaciones permitidas o requeridas por la ley o que se han producido a través de mi autorización previa, y que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una divulgación posterior por parte del destinatario y puede ya no estar protegida por leyes de privacidad federales o estatales.

**FIRMA X** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_  
 Firma del individuo o representante legalmente autorizado del individuo

Nombre en letra imprenta del representante legalmente autorizado (si corresponde): \_\_\_\_\_

De ser el representante, especifique la relación con el individuo:  Padre/madre del menor  Tutor  Otro \_\_\_\_\_

*Se puede solicitar prueba de autoridad legal como representante antes de la divulgación de los registros.*



**FIRMA X** \_\_\_\_\_  
Firma de la persona menor de edad

\_\_\_\_\_  
FECHA

**Método de entrega:**  Correo postal  Correo electrónico  Fecha de retiro: \_\_\_\_\_

**Formato solicitado:**  Impreso  Medios electrónicos  CD (Solo para imagenología)

Los registros se enviarán por correo postal automáticamente 10 días después de la fecha de retiro. (Inicial) \_

**Rechazo de cifrado de correo electrónico o medios electrónicos:**

Solicitud de medios electrónicos no cifrados  Solicitud de correo electrónico no cifrado

Si se solicita la entrega electrónica de registros, ya sea por medios electrónicos o correo electrónico, la entrega se realizará mediante un método cifrado seguro. Si elige rechazar la entrega segura, su elección de recibir los registros a través de un método no cifrado sirve como reconocimiento de los riesgos asociados y la renuncia y liberación de Arizona Blood & Cancer Specialists, sus empresas matrices y filiales, entidades afiliadas, directores, funcionarios, empleados y agentes ("Partes liberadas") contra cualquiera y todas las reclamaciones, presentes o futuras, relacionadas con la entrega no segura de la información de su registro de salud.