

**AUTORIZACIÓN PARA DAR INFORMACIÓN MEDICA**  
**OASIS Hospital**

**750 N. 40th Street, Phoenix, AZ 85008**  
**Phone 602-797-7788 Fax: 602-797-7787**

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ CÓDIGO \_\_\_\_\_ No. DE TELÉFONO \_\_\_\_\_

FECHAS DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS \_\_\_\_\_

PROPÓSITO DE REVELACION: Asistencia médica continua  Asunto legal  Beneficios de incapacidad/seguro médico   
 Copia personal  Inspección de registro  Otros: \_\_\_\_\_

DOCUMENTOS QUE SE SOLICITA:

Todo el expediente médico  Reportes de laboratorio  Consulta  Reporte de operación  Resumen de dar de alta  
 Reporte de patología  Reportes de EKG  Reportes de rayos X  Historial y examen físico  Otro: Especifique \_\_\_\_\_  
 Registros de facturación

POR MEDIO DE LA PRESENTE RECONOZCO Y DOY MI CONSENTIMIENTO PARA LO ANTERIOR Y RECONOZCO QUE LA INFORMACIÓN DADA PUEDE CONTENER **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH/SIDA, INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON UNA ENFERMEDAD CONTAGIOSA, INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA SALUD MENTAL Y/O CON EL USO DE ALCOHOL/DROGAS.** \_\_\_\_\_ (INICIALES)

POR LA PRESENTE AUTORIZO A: \_\_\_\_\_ QUE REVELE TODA LA  
COMPañIA, PERSONA, INSTITUCIÓN

INFORMACION DADA ARRIBA CON RELACION A MI TRATAMIENTO Y CUIDADO A:  ENTREGA POR COREO  
 RECOGER (ESTARÁ DISPONIBLE EN 48 HORAS)

COMPañIA, PERSONA, INSTITUCIÓN

DIRECCIÓN

TELÉFONO

Entiendo que el hospital no condicionará mi tratamiento al hecho de que yo firme esta autorización. El hospital no me negará el tratamiento si no deseo firmar este formulario. Puedo negarme a firmar esta autorización. También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, salvo en la medida en que ya se hayan realizado acciones de acuerdo con la misma. Para revocar mi autorización, debo hacer llegar una petición por escrito al Departamento de Gestión de Información Médica del OASIS Hospital. Esta autorización será considerada inválida 6 meses después de la fecha de su firma. Entiendo que, si esta información es divulgada a terceros, la información dejará de estar protegida por las normas federales de privacidad y podrá ser divulgada una vez más por la persona o organización que la reciba. Puede haber un cargo sujeto a tarifas razonables.

FIRMA DEL PACIENTE\*

FECHA

FIRMA DE OTRA PERSONA AUTORIZADA

\* Si el paciente es menor de edad y la información que se revele trata con el tratamiento para el abuso de alcohol o drogas, tanto el paciente como el padre/madre o tutor legal deben firmar.

PARENTESCO CON EL PACIENTE

Afirmo que el paciente ha fallecido, que ningún representante personal de su propiedad ha sido nombrado, y que yo soy el \_\_\_\_\_ del paciente.

REPRESENTANTE

FIRMA

FECHA



SHIMROI

O:A:S:I:S Hospital

PATIENT IDENTIFICATION LABEL

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION-SPANISH**  
**AUTORIZACIÓN PARA DAR INFORMACIÓN MEDICA**

100-017S (REV 2/17)  
PAGE 1 OF 1