

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Oasis Hospital 750 N. 40th Street, Phoenix, AZ 85008

Teléfono: 602-797-7780/7788 Fax: 602-797-7787 Correo electrónico: SOSP_HIM@oasishospital.com

Todos los campos marcados con asterisco (*) son obligatorios

NOMBRE DEL PACIENTE* _____ FECHA DE NACIMIENTO* _____ N.º TELÉFONO* _____

DIRECCIÓN* _____ CIUDAD/ESTADO* _____ CÓDIGO POSTAL* _____

FECHAS DE ATENCIÓN EN EL HOSPITAL* _____

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN:*

- Continuación de la atención médica
 Personal Fines legales
 Discapacidad/Seguro Revisión del expediente
Otro (especifique): _____

REGISTROS QUE SE SOLICITAN:*

- Todos los registros pertinentes Antecedentes y examen físico
 Informe de laboratorio Consulta Resumen del alta
 Informe operativo Registros de anestesia
 Registro de implante Informe de patología
 Informe de ECG Informe de radiología Estado de cuenta
 Otro (especifique): _____

(INICIAL)* ENTIENDO, Y MEDIANTE ESTE DOCUMENTO DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE ASÍ SEA, QUE LA INFORMACIÓN DIVULGADA PUEDE CONTENER INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON VIH/SIDA, INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA SALUD MENTAL O EL CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS.

MEDIANTE ESTE DOCUMENTO, AUTORIZO A: **OASIS HOSPITAL** A QUE DIVULGUE TODA LA INFORMACIÓN ARRIBA SOLICITADA EN RELACIÓN CON MI TRATAMIENTO Y MI ATENCIÓN. SI LA SOLICITUD ES PARA OTRA ENTIDAD, ESPECIFIQUE LO SIGUIENTE: _____

LOS REGISTROS SE DIVULGAN PARA:*

- Correo postal Recolección (48 horas hábiles, se requiere ID) Fax (solo a una empresa o establecimiento)

(EMPRESA, PERSONA, ESTABLECIMIENTO)

(DIRECCIÓN/CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL)

(TELÉFONO)

(FAX)

Entiendo que el hospital no condicionará el tratamiento a mi firma de esta autorización. El hospital no me negará tratamiento, si prefiriera no firmar este formulario. Puedo negarme a firmar esta autorización. También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto por las acciones que ya se hayan tomado en función de esta autorización. Para revocar mi autorización, debo presentar una solicitud escrita al Departamento de Administración de Información de la Salud (Health Information Management, HIM) de OASIS Hospital. Esta autorización perderá validez después de seis meses a partir de la fecha en que se firmó. Entiendo que, si esta información se divulga a un tercero, es posible que deje de estar protegida por las reglamentaciones de privacidad federales y que la persona u organización que recibe la información pueda volver a divulgarla. Puede haber un cargo sujeto a tarifas razonables.

* _____
(FIRMA DEL PACIENTE)

* _____
(FECHA)

(FIRMA DE OTRA PERSONA AUTORIZADA)

(FECHA)

(RELACIÓN CON EL PACIENTE)

* Si el paciente es menor de edad y la información que se divulgará se relaciona con su tratamiento por abuso de alcohol y drogas, deben firmar tanto el paciente como el padre/la madre o el tutor legal.*

Confirmando que el paciente ha fallecido, que no se designó a ningún representante personal de su estado y que yo soy del paciente. _____
Firme sobre la línea de persona autorizada arriba e indique su relación con el paciente.

(REPRESENTANTE)



SHIMROI

H.I.M INTERNAL USE ONLY FOR RELEASE OF INFORMATION

Authorized Person ID checked Yes No Completed by (initials) _____

Shipped/Faxed/Picked-Up on date: _____

O:A:S:I:S Hospital

PATIENT IDENTIFICATION LABEL

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION-SPANISH
AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

100-017S (REV 3/20)

PAGE 1 OF 1