



Pediatrix
"We Care For Kids"

Autorización para divulgar información de salud

Yo, el abajo firmante, autorizo a Pediatrix para liberar mi información de salud como se indica

Por favor devuelva este formulario de autorización COMPLETADO a La oficina de su médico.

15650 N. Black Canyon Ste. 100
Phoenix, AZ 85053
p: 602-866-0550 f: 602-993-5788
2030 W. Whispering Wind Dr.
Phoenix, AZ 85058
P: 623-869-9080 F: 623-869-9090
www.pediatrixmd.com

Información del paciente

**** Esta sección debe estar completa para que la solicitud sea procesada ***

Nombre completo del paciente: _____ Otros nombres durante el tratamiento _____ HIPAA # _____

Dirección del paciente _____ Fecha de nacimiento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de Teléfono: _____

Divulgar información a:

*****Esta sección debe estar completa para que la solicitud sea procesada.****

Nombre / Facilidad: _____ Atención _____

Dirección _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____ Número de fax: _____

Propósito de la solicitud: _____

Ejemplos: continuación de la atención, legal, seguro, uso personal del paciente, otros (explique).

Información del pago

Información a ser lanzada:

OPCIONES DE PAGO: Cheque, Tarjeta de crédito o Giro postal.

Los cargos descritos a continuación se aplicarán a todas las copias entregadas directamente al paciente o enviadas en nombre del paciente.

*** La factura debe pagarse antes de que se divulguen los registros ***

ARS 12-2295: Salvo que la ley disponga lo contrario, un proveedor de servicios de salud o contratista puede cobrar a una persona que solicita copias de sus registros médicos o registros de facturación, una tarifa razonable por la producción de los récords. Excepto cuando sea necesario para la continuidad de la atención, un proveedor de atención médica o un contratista puede exigir el pago de cualquier tarifa por adelantado.

**** Sin costo para las solicitudes de Doctor a Doctor.

**** Solicitud de rutina (en un disco, dentro de 2 semanas) sin costo para los pacientes.

**** Por defecto, se enviarán los últimos 2 años de información pertinente.

**** Todas las solicitudes de inmunización serán proporcionadas por Pediatrix sin costo alguno.

Fecha _____ Año _____

- Historia y Física
- Examen
- Nota de visita al consultorio
- Pruebas de laboratorio
- Rayos X / Informes de imágenes
- Informes operativos
- Informes de patología
- Consultas
- Otro _____

Formulario de registros y contraseña requerida de 4 dígitos del paciente

Por favor elija

- Grabaciones en CD
- Registros en papel

El paciente debe proporcionar la contraseña de 4 dígitos del PACIENTE----->

Clave de cifrado de 4 dígitos----->

No se requiere contraseña

Autorización para divulgar información protegida

Necesario - completar las casillas de verificación a continuación que indican cómo se debe manejar la información protegida, incluso si las categorías no se aplican

Inicial cada línea abajo

- Si Quiero NO Quiero que se publique información sobre * Salud mental _____
- Si Quiero NO Quiero que se publique información sobre * pruebas de VIH e información relacionada _____
- Si Quiero NO Quiero que se divulgue información sobre * Abuso de alcohol y / o sustancias _____
- Si Quiero NO Quiero que se divulgue información sobre * Enfermedades transmisibles _____



Confirme que ha colocado una marca de verificación y que ha inicializado todas las categorías de información protegida mencionadas anteriormente, independientemente de si son aplicables o no. Si el formulario está incompleto, o si no se divulga la información protegida, es posible que no podamos cumplir con esta solicitud.

Firma del paciente _____

Fecha: _____

Requerido para todos los pacientes de 18 años y mayores para registros psiquiátricos, 14 años y mayores para registros de uso de sustancias)

Firma del padre o tutor legal _____

Fecha: _____

Requerido para todos los pacientes menores de 18 años, a menos que la ley permita lo contrario. Si la persona que autoriza esta divulgación no es el padre, se debe proporcionar documentación de representación legal

Requerido para todos los pacientes menores de 18 años, a menos que la ley permita lo contrario. Si la persona que autoriza esta divulgación no es el padre, se debe proporcionar documentación de representación legal

Entiendo que conforme a la ley aplicable, la información utilizada de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará sujeta a las protecciones de la norma de privacidad.

Comprendo que mi tratamiento o tratamiento continuado por Pediatrix y sus afiliados no está condicionado de ninguna manera a que firme o no la autorización. Entiendo que puedo negarme a firmar la autorización en cualquier momento.

Comprendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se usa o divulga.