

Cactus Children's Clinic P.C.
5940 W Union Hills Dr Ste D-100
Glendale, Az. 85308
T: 602-978-2500 F: 602-938-2198

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad/estado/código postal _____

Teléfono de casa _____ Celular: _____

Tipo de registros solicitados (marque uno) ☐ Todo el expediente ☐ Tarjeta de vacunación
☐ Pruebas/rayos X/análisis clínicos ☐ Otro _____

Motivo de la solicitud: (marque uno) ☐ Traslado de atención médica ☐ Cambio de seguro ☐ Inscripción escolar
☐ Personal ☐ Otro _____

Las solicitudes de registros se procesan dentro de 10 a 15 días, a menos que el expediente tenga que ser solicitado de la bodega. Me gustaría:

☐ Recoger el expediente (Estoy de acuerdo en que un padre o tutor legal recoja los registros, previa identificación.)

☐ Me gustaría que me lo envíen por correo a O ☐ Me gustaría obtenerlo a través de:

Nombre del proveedor o centro: _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Autorizo la entrega de fotocopias de mis registros médicos y/o informes de rayos x que están en posesión o control del médico/empresa (empleados y/o agentes) citado arriba. CON EL PROPÓSITO AQUÍ DESCRITO, LOS "REGISTROS MÉDICOS" DEBERÁN INCLUIR TODA LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON VIH (COMO SE DEFINE EN A.R.S. SECCIÓN 36-661), LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL SOBRE ABUSO DE ALCOHOL O DROGAS (COMO SE DEFINE EN 42 CFR SECCIÓN 2.1 ET SEQ), Y LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE TRATAMIENTO/DIAGNÓSTICO DE SALUD MENTAL. Cuando se use o divulgue mi información con relación a esta autorización, podría estar sujeta a incumplimiento-divulgación por el recipiente y ya no estará protegida por la Ley federal de privacidad HIPAA. Entiendo que esta autorización es válida por un máximo de 90 días, a menos que haya elegido revocarla explícitamente por escrito antes de la fecha de vencimiento.

Entiendo y acepto que puedo ser responsable de los siguientes gastos asociados con mi solicitud: gastos por copias, incluyendo los costos de los suministros, mano de obra y gastos de envío relacionados con la producción de mi información.

Firma del padre o tutor legal

Fecha

Nombre (letra de molde)

Relación con el paciente

Fecha de envío por correo: _____ Por: _____

Fecha de recolección: _____ Número de licencia de conducir _____

Entregado a/por _____