

# 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