

# Autorización para el Uso o Revelación de la Información de su Expediente Médico

1.Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

2.Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

3.Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

4.Por favor mande el expediente medico a :                      Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Fax #: \_\_\_\_\_

Estamos pidiendo el expediente medico  
de la oficina de:

Desert Canyon Pediatrics P.C \_\_\_\_\_

3805 E. Bell Road, Suite 5100 \_\_\_\_\_

Phoenix, Arizona 85032 \_\_\_\_\_

Telefono # 602-923-7730 \_\_\_\_\_

Fax # 602-923-7833 \_\_\_\_\_

5.Especifique que es lo que pide que se mande: \_\_\_\_\_

6.Motivo: \_\_\_\_\_

Yo entiendo que esta autorización es voluntaria. El tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad de beneficios no podrá estar condicionado a la firma de esta Autorización.

Esta autorización se expirará en 90 días de la fecha que aparecen el documento. Yo entiendo que puedo retirar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito al Departamento de Gerencia de Información de Salud, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto sobre las acciones que la oficina tomó antes de recibir el retiro.

Yo entiendo que mi tratamiento o continuación de tratamiento por Desert Canyon Peds y sus afiliados de ninguna forma está bajo la condición de si firmo o no la Autorización y que puedo rehusarme a firmarla.

Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización.

### AVISO A LA PERSONA RECIPIENTE:

Esta información le ha sido revelada a usted de expedientes cuya confidencialidad está protegida por la ley Federal. Las regulaciones Federales (42 CFR Parte 2) le prohíben que realice mas revelaciones de esta información sin el consentimiento expresamente escrito de la persona a la cual le pertenecen. La entrega de esta información ya no estará protegida de ser nuevamente revelada por la persona recipiente.

8.Firma de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

9.Firma de persona responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

10.Relación al Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_