



Camelback
Women's Health

AUTORACION PARA USAR/DESCUBRIR INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA

Yo autorizo el uso o descubrimiento de la informacion medica de la persona indicada abajo:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ SS# _____

Direccion: _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo postal _____

Numero de telefono: _____ Numero de telefono alternativo: _____

No hay costo si los archivos son mandados directamente a doctores o clinicas. Expediente dados directamente al paciente seran cobrados el costo de las copias- vea la lista de costos agregdos a esta forma.

Archivos mandados a otro proveedor medico para tartamiento medico con urgencia sera hecho inmediatamente, otras solicitudes seran hechas entre 15 dias de la fecha de esta solicitud.

Marque uno:

_____ Yo queiro que Camelback Women's Health revele mis archivos a: _____

Direccion: _____

-or-

_____ Yo quiero que _____ Direccion: _____

Ciudad _____ Estado: _____ Codigo Postal _____ revele mis archivos:

Camelback Women's Health
Attn: Medical Records Dept.
11209 N Tatum Blvd, Suite 255
Phoenix, AZ 85028
Phone: 602-494-5050 Fax: 1-866-777-2251

Fechas de tratamientos: _____

Motivos por la solicitud: _____

Yo entiendo que la informacion en mi expediente puede incluir informacion a enfermedades transmitidas sexualmente, sindrome de inmunodeficiencia adquiricia (SIDA). Tambien puede incluir informacion de servicio de la salud mental o tratamiento del abuso de alcohol o drogas.

Yo entiendo que en cualquier descubrimiento de informacion puede ser descubrida de nuevo y la informacion entices no tendra proteccion por las reglas de confianza federales.

Yo entiendo que dar la autorizacion de descubrimiento de mi informacion de salud es voluntaria. Puedo negarme a firmar. No necesito fimar este documento para recibir tratamiento. Si esta autorizacion es necesaria para la participacion en un estudio clinico, mi participacion puede ser negada.

Yo entiendo que puedo revisar o recibir una copia de la inforamcion que va a ser usada.

Esta autorizacion se va a vencer en seis meses o la fecha de expiracion seria: _____.

Firma del paciente

Fecha:

Firma de padre/madre o tutor legal

Relacion al paciente