



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI) POR TELÉFONO O EN PERSONA

AB37.MED.AGR

Doy permiso a Adelante Healthcare de **tratar verbalmente y/o dejar mensajes** sobre mi Información de Salud Protegida (PHI) de la manera indicada en este formulario de autorización de Adelante Healthcare. Soy consciente de quien pueda contestar el teléfono de los números que proporcioné. Me siento cómodo(a) con el hecho de que Adelante Healthcare deje mensajes detallados a estos números de teléfono y/o en el portal del paciente. Además de mi información de atención médica/dental, Adelante Healthcare puede revelar/hablar de la siguiente información de carácter muy confidencial (marque todo lo que corresponda):

<input type="checkbox"/> Salud Mental <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol o resultados de exámenes <input type="checkbox"/> Abuso de drogas/sustancias o resultados de exámenes <input type="checkbox"/> Expedientes de psicoterapia	<input type="checkbox"/> Enfermedades/infecciones de transmisión sexual <input type="checkbox"/> Documentos del Programa de Enfermeras Examinadoras en Asalto Sexual (SANE) <input type="checkbox"/> Discapacidades de Desarrollo <input type="checkbox"/> Resultados de exámenes de VIH, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o enfermedades relacionadas con el SIDA
---	---

Esta autorización no permite a Adelante Healthcare proporcionar copias de mi PHI a ninguna persona.

La persona(s) que autorizo para recibir mi PHI no es requerido/a seguir la norma de privacidad federal. Entiendo que él o ella pueden compartir mi PHI sin mi conocimiento o autorización. Adelante Healthcare no es responsable de cualquier reclamo y o que surjan de discutir mi PHI en respuesta a esta autoridad.

Reconozco que no estoy obligado a firmar este formulario de autorización. Adelante Healthcare no puede condicionar tratamiento o pago de salud basada en si firmo este formulario.

Esta autorización es efectiva hasta mi tutor legal, mi representante legal, mi representante, o yo soliciten cancelarla. Tengo el derecho a cancelar esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito al centro de salud de Adelante donde recibir atención o a la Oficina de Apoyo de Dentro de Adelante Healthcare, Attn: Departamento de Registros Médicos 9520 W Palm Lane, Suite 200 Phoenix, AZ 85037. Cancelación no se aplica a PHI ya liberado en respuesta a esta autorización.

Primer Nombre/Inicial del Segundo Nombre/Apellido del Paciente	Fecha de Nacimiento

Doy autorización a Adelante Healthcare para dejar mensajes y comunicarse verbalmente por teléfono, o en persona, sobre información de salud detallada y protegida (PHI) disponible sobre mí ahora y en el futuro. Adelante Healthcare puede dejar por teléfono mensajes y recordatorios generales de citas solicitándome regresar la llamada, incluso de no haber firmado este formulario.

- Sí PHI que puede ser tratada y/o mensajes dejados que incluyan:
- Recordatorios de citas (nombre de proveedor y departamento)
 - Resultados de exámenes y procedimientos
 - Información de facturación y pagos
 - Otra información de salud
- No
- (Si "Sí", complete este formulario. Si "No", no conteste las siguientes preguntas)*



**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE
SALUD PROTEGIDA (PHI)
POR TELÉFONO O EN PERSONA**

AB37.MED.AGR

Número de Casa:	(____) _____ Código de Área Número de Teléfono	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Número de Celular:	(____) _____ Código de Área Número de Teléfono	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Número de Teléfono del Trabajo:	(____) _____ Código de Área Número de Teléfono	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Adelante está autorizado a hablar sobre mí cuidado de salud con:

_____ Nombre	_____ Relación o Parentesco	_____ Género
_____ Nombre	_____ Relación o Parentesco	_____ Género
_____ Nombre	_____ Relación o Parentesco	_____ Género
_____ Nombre	_____ Relación o Parentesco	_____ Género

Entiendo que información sobre mí puede ser comunicada con mis contactos. Esto refleja fielmente mis deseos. Yo autorizo a Adelante Healthcare poder usar la información que he proporcionado en ambas páginas de este formulario.

_____ Firma del Paciente o Tutor Legal	_____ Fecha
_____ Adelante Witness (only required if patient or guardian unable to sign)	_____ Date

Staff: Send copy of form to Patient Portal