



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 cómoda(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.

Para poder obtener una copia completa o parcial de sus expedientes médicos, usted debe: 1) Completar una Solicitud para la Forma de Registros Médicos y proporcionar prueba de identificación; o 2) Enviar una carta certificada por notario solicitando sus expedientes médicos completos o parciales; dicha carta deberá incluir su primer nombre, apellido, fecha de nacimiento, número de seguro social (si es disponible), domicilio y número de teléfono donde pueda ser localizado(a); 3) Su Poder Notarial puede solicitar sus expedientes completos o parciales con prueba de estatus y prueba de identificación para cualquiera de los métodos de solicitud mencionados arriba. Adelante Healthcare se reserve el derecho de cobrar una cuota por página. Se entregarán los expedientes una vez que las facturas hayan sido pagadas en su totalidad. El procesamiento puede tardar hasta 30 días.

La persona(s) a la cual autorizo recibir mi PHI no está obligado(a) a seguir las normas federales de privacidad. Entiendo que él o ella pudieran compartir mi PHI sin mi conocimiento o autorización. Adelante Healthcare no se hace responsable de cualquier tipo de reclamación y/o daños derivados de la divulgación de mi PHI en respuesta a esta autorización.

Reconozco que no estoy obligado(a) a firmar este formulario de autorización. Adelante Healthcare no puede condicionar el tratamiento, o el pago de la atención de salud, en función de si firmo este formulario.

Esta autorización tendrá vigencia hasta que mi guardián legal, mi representante legal, mi representante, o yo lo cancelemos. Yo tengo el derecho de cancelar esta autorización en cualquier momento, mediante el envío de una solicitud por escrito al centro de Adelante, donde recibo el cuidado, o a la Oficina de Apoyo del Centro de Adelante Healthcare, con atención a: Medical Records Department, 3033 N. Central Ave. Ste. 145, Phoenix, AZ 85012. La cancelación no aplica a algún PHI que ya haya sido expedido en respuesta a esta autorización.

Si cualquiera de la información proporcionada en esta forma cambiara, solicitaré y completaré un nuevo formulario de autorización. Comprendo que Adelante Healthcare continuará con la divulgación de información como se detalla en este formulario de autorización hasta que yo haya completado un nuevo formulario o cancelado este formulario.

<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Primer Nombre/Inicial del Segundo Nombre/Apellido del Paciente	<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Fecha de Nacimiento
---	--



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

AB37.MED.AGR

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
 - Información sobre referencias
 - Otra información de salud
- No
- (Si "Sí", complete este formulario. Si "No", no conteste las siguientes preguntas)*

Número de Casa:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Número de Celular:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Número de Teléfono del Trabajo:	<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 Representante Legal	Fecha
Adelante Witness (only required if patient or guardian unable to sign)	Date