



Autorización para la Entrega de Información

Número de teléfono: 602-243-7277 Número de fax: 602-323-8199 Correo electrónico: HIMS@mphc-az.org

Nombre completo del paciente

Fecha de nacimiento

Sexo

Dirección

Ciudad, estado, código postal

Teléfono

☒ PARA SER ENTREGADO POR MOUNTAIN PARK HEALTH CENTER

☐ PARA SER COMPARTIDO A MOUNTAIN PARK HEALTH CENTER

*** PACIENTE DE DR EDUARDO QUIROZ

Persona o Organización: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Propósito para entregar información: El propósito y limitaciones (si alguna) de entregar esta información y las limitaciones (si aplican) de esta solicitud de información es:

☐ Por la solicitud del paciente o representante personal; O

☐ Otro: _____

Fecha(s) de servicio De: _____ A: _____

☐ Expediente completo

☐ Registros financieros

☐ Registros de vacunación

☐ Comentarios de progreso

☐ Registros dentales

☐ Registros de medicamentos

☐ Consultas para especialidades

☐ Radiología

☐ Resumen médico

☐ Informes sobre exámenes de Laboratorio

☐ Radiografías o mamografías

☐ Otro

METODO DE ENTREGA PREFERIDO:

☐ Portal del Paciente ☐ Correo ☐ Recoger en clínica (nombre de clínica): _____

☐ Correo electrónico (seguro): _____ ☐ Fax _____

Entiendo que tengo derecho a cancelar esta autorización en cualquier momento. También que, si decido cancelar esta autorización, debo hacerlo por escrito y enviar mi solicitud al departamento de expedientes médicos por medio de fax a cualquiera de los números señalados al final de esta página. Entiendo que la cancelación no será aplicable a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización. Entiendo que Mountain Park no va a negar o usar como condición pago, participación en un plan de salud o elegibilidad para beneficios al firmar esta autorización.

Esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición: _____ .
Si no especifico una fecha, evento o condición de vencimiento, esta autorización vencerá en 90 días.

Entiendo que esta autorización puede incluir información sobre SIDA/VIH/o infecciones transmitidas sexualmente, salud mental o de comportamiento, abuso de sustancias o alcohol, y/o información genética.

Entiendo que la autorización para entregar mi información médica es voluntaria. Comprendo que toda divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y que la información no esté protegida por las normas federales de confidencialidad.

Por este acto autorizo a _____ a entregar la información arriba señalada.

Firma del paciente

Nombre del paciente

Fecha

Firma del tutor o representante legal

Relación al paciente

Firma del testigo

Tempe
1840 E. Broadway Rd.
Tempe, AZ 85282
F: 480-927-1090
Glendale
6975 W. Glendale Ave.
Glendale, AZ 85303
F: 602-276-5168

Baseline
635,325,303 E. Baseline Rd.
Phoenix, AZ 85042
F: 602-243-9095
Christown
5517 N. 17th Ave.
Phoenix, AZ 85015
F: 623-247-9742

Maryvale
6601 W. Thomas Rd.
Phoenix, AZ 85033
F: 623-247-9742
Atkinson
4222 N. 51st Ave.
Phoenix, AZ 85031
F: 623-247-9742

Goodyear
140 N. Litchfield Rd.
Goodyear, AZ 85338
F: 602-323-8048
Balsz
1300 N. 48th Street
Phoenix, AZ 85008
F: 602-760-5494

Gateway
3830 E. Van Buren St.
Phoenix, AZ 85008
F: 602-286-0808