

after hours **pediatrics**

Autorización para divulgar información de salud

Solicitud de registros de AHP

Por favor lea atentamente, no se procesarán autorizaciones incompletas.

Opciones para envío de formularios: Correo electrónico: ahpROI@ahpeds.com (de preferencia); Fax: 505-298-2985;
 Correo: 5904 Holly Ave NE, Albuquerque, NM 87113

Para evitar demoras en el procesamiento de esta solicitud, favor de completar todas las secciones de la autorización.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

1	Autorizo a After Hours Pediatrics a divulgar mi información de salud a: Nombre: _____ <small>Organización/Persona(s) que recibirán la información</small> Dirección: _____ <small>#/ Nombre de la Calle Ciudad Estado Codigo Postal</small> Número de Teléfono : (____) _____ Número de Fax: (____) _____ Correo electrónico/intercambio seguro de archivos: _____
2	El propósito de la divulgación es para: <input type="checkbox"/> Atención Continua del paciente (enviando a otro proveedor) <input type="checkbox"/> Mudanza/Cambio de Médico <input type="checkbox"/> Solicitud Personal <input type="checkbox"/> Servicios sociales/discapacidad <input type="checkbox"/> Abogado/Legal <input type="checkbox"/> Otra razón: _____
3	Información a revelar: ___ Paquete de transferencia de atención (Más común) > Incluye listas de: problemas, medicamentos, alergias, tablas de crecimiento, historial de vacunas y los (3) exámenes de bienestar más recientes. ___ Reportes de Laboratorio ___ Información de facturación o reclamos ___ Registro completo de servicios <small>(excluye registros de otras instalaciones)</small> ___ Otro: _____
4	Se requieren sus iniciales para poder divulgar la siguiente información: ___ Servicios de anticoncepción/planificación familiar ___ Infecciones/Enfermedades de transmisión sexual ___ Salud conductual/atención psiquiátrica ___ Registro de abuso de drogas, alcohol o sustancias ___ Resultados/tratamiento de la prueba de SIDA/VIH Para la divulgación de información en esta sección, este formulario debe ser firmado por el paciente si tiene 14 años o más.
5	Se Puede divulgar información desde (fecha) _____ hasta (fecha) _____.
6	Tipo de Imprenta: ___ Electrónico (CD/PDF) ___ Papel (puede aplicarse una tarifa adicional) Preferencia de Entrega: ___ Portal MyAHP ___ Correo electrónico (intercambio seguro de archivo) ___ Recoger registros ___ Por Correo (pueden aplicarse cargos adicionales)
7	Esta autorización vencerá 6 meses a partir de la fecha de la firma o fecha de vencimiento alternativa: _____

Entiendo que:

Tengo el derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento proporcionando prueba de identidad y solicitando que sea revocada. La revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada. Tengo derecho a inspeccionar o copiar la información que se divulgará. El tratamiento o el pago del tratamiento no está condicionado a la firma de esta autorización. El destinatario de la información divulgada bajo esta solicitud es responsable de evitar cualquier divulgación adicional que pueda violar las leyes o regulaciones federales de privacidad.

 Fecha: _____
 Firma del Paciente o Representante Legal

 Nombre impreso del representante legal

Firmante de este documento: Paciente Padre/Madre
 Guardián Otro: _____
Teléfono de Contacto : (____) _____

OFFICE USE ONLY

Staff receiving/reviewing form: _____ date: _____

Final delivery: ___ Released in person ___ Portal ___ Pick-up arranged
 ___ Secure File Exchange ___ Other: _____

Staff releasing records: _____ date: _____

USPS Tracking #: _____

