ADMINISTRACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD DE LOS
SERVICIOS DE SALUD CORRECCIONAL DEL CONDADO DE
MARICOPA
234 N. CENTRAL AVE, STE 5400, PHOENIX, AZ 85004
TELÉFONO:602-506-3509 Fax: 602-372-8575
CORREO ELECTRÓNICO: CHSHIMROI@MARICOPA.GOV

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Yo, _____, _____,_____,
NÚMERO DE PACIENTE No. De RESERVA / No. De Seguro Social. FECHA DE NACIMIENTO

Por la presente autorizo a los servicios correccionales de salud (CHS) a divulger la siguiente información específica de salud protegida

De:_____Para_____ a mi solicitud de:
(FECHA) (FECHA o AL PRESIENTE)

Nombre: _____ Email: _____ Teléfono:_____ _____
(POR FAVOR, IMPRIMA CLARAMENTE Y DE FORMA LEGIBLE) (POR FAVOR, IMPRIMA CLARAMENTE Y DE FORMA LEGIBLE)

Descripción de la información que debe divulgarse:

___**TODOS** los registros electrónicos de salud archivados (dentro del rango de fechas anterior)

OR

Seleccione Registros específicos a continuación (dentro del intervalo de fechas anterior)

____ Evaluación de la salud de la admisión y recepción de exámenes
____ Resumen de lanzamiento/transferencia
____ Cuidado crónico y notas de progreso
____ Consultar Notas
____ Registros hospitalarios/ externos
____ Registros de medicamentos
____ Informes de imágenes
____ Fotos clínicas
____ dentales (incluidas las radiografías
____ Registros OB
____ Pruebas de laboratorio
____ Información relacionada con enfermedades transmisibles
____ Información relacionada con el abuso de alcohol o drogas
____ Salud conductual/Diagnóstico de salud mental /Información de tratamiento
____ Otros (especificar) _____

____ Solo TB/PPD, los pacientes liberados pueden obtener una copia impresa única de las vacunas actuales para fines de transición comunitaria sin costo alguno.

Describa los propósitos no penales de la divulgación si no es una investigación o enjuiciamiento penal:

____ Atención continuada al paciente ____ Compassionate Liberar ____ otro (especificar) _____

- Entiendo que puedo revocar esta autorización escribiendo a Correctional Health Services Health Information Management, en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en función de ella. Esta autorización vencerá trescientos sesenta y cinco (365) días después de la fecha de esta firma.
- Entiendo que los Servicios de Salud Correccional pueden no condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios a si firmo esta autorización. Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a un nuevo cierre por parte del destinatario y ya no puede estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.
- Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización.
- Entiendo los asuntos discutidos en este formulario. Libero a Correctional Health Services, sus empleados, funcionarios y directores, miembros del personal médico y socios comerciales de cualquier responsabilidad legal u obligación por la divulgación de la información anterioren la medida indicada y autorizada en este documento.

Fecha _____ firma del paciente _____ Testigo _____

El paciente es menor de edad (_____anos de edad) o no puede dar su consentimiento porque _____
Fecha_____de firma del padre/tutor/POA_____ Testigo de relación_____

PROHIBITION OF R E-DISCLOSURE: Si la información divulgada se relaciona con el tratamiento de abuso de sustancias, la confidencialidad de estos registros está protegida por la ley federal. Las regulaciones federales (42 CFR Parte 2) prohíben cualquier divulgación adicional sin el consentimiento específico por escrito de la persona a laque pertenece, o de otra manera permitida por dichas regulaciones. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente para divulgar registros de abuso de sustancias. La Regla Federal restringe cualquier uso de la información para criminalmente investigate o enjuiciar a cualquier paciente con abuso de sustancias. Las leyes estatales también pueden proteger la confidencialidad de los registros de los pacientes.

Tarifas: COPIAS ELECTRÓNICAS: Tarifa plana de $ 6.50 para solicitudes estándar de registros mantenidos y enviados electrónicamente. Copias en papel: $ 10.00 / primeras 10 páginas y $ 0.50 / página para páginas adicionales producidas.

Solo uso de office: La tarifa por los registros que solicitó es de $_____ para _____ las páginas. Por favor, envíe un cheque de caja, cheque comercial o giro postal pagadero a MARICOPA COUNTY CORRECTIONAL HEALTH SERVICES. No se aceptarán cheques personales.