



AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION

Patient Name: _____ Date of Birth: _____ MRN: _____

Requestor Name: _____ Phone #: _____

- I authorize the use and disclosure of the above named individual's health information as described below:
- The following individual or organization is authorized to make the disclosure:
Phoenix Children's Hospital and/or Phoenix Children's Ambulatory Clinic(s)

This information may be disclosed to and used by the following individual or organization:

Name: _____
 Address: _____ City: _____
 State: _____ Zip: _____ Phone: _____ Fax: _____

Purpose of Disclosure: Further Medical Care Disability Legal Personal Use School
 Insurance Other: _____

Information to be Disclosed (Include dates where appropriate)

- Phoenix Ambulatory/Clinic Record - Dates of Treatment: _____
- Phoenix Children's Hospital Inpatient Record - Dates of Treatment: _____
- Pertinent Medical Records Pathology Report
- Consultations (indicate physician) _____ Laboratory Reports
- Discharge Summary X-ray Reports
- Emergency Department Report X-ray Images on CD
- History & Physical Report Immunization Record
- Operative Report Other: _____
- Progress Notes Specify: Records on Paper Records on CD

I understand that the information in my health record may include information relating to Sexually Transmitted Disease, Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), or Human Immunodeficiency Virus (HIV). It may also include information about Behavioral or Mental Health Services, and Treatment for Alcohol, Drug Abuse, and Genetic Testing. I understand that I have the right to revoke this authorization at any time. I understand that if I revoke this authorization I must do so in writing and present my written revocation to the Health Information Management Department. I understand that the revocation will not apply to information that has already been released in response to this authorization. I understand that the revocation will not apply to my insurance company when the law provides my insurer with the right to contest a claim under my policy. Unless otherwise revoked, this authorization will expire on the following date, event or condition: _____. If I fail to specify an expiration date, event or condition, this authorization **will expire automatically six (6) months from the date signed.**

I understand that authorizing the disclosure of this health information is voluntary. I can refuse to sign this authorization. I understand that Phoenix Children's Hospital will not condition or deny treatment on my signing this authorization. I understand that I may inspect or copy the information to be used or disclosed, as provided in CFR 164.524. I understand that any disclosure of information carries with it the potential for unauthorized re disclosure and the information may not be protected by federal confidentiality rules. If I have questions about disclosure of my health information, I can contact the Health Information Management Department.

Signature of Patient or Legal Representative

Date

If signed by Legal Representative, Relationship to Patient

Signature of Witness

For PCH Use only:

Employee completed by: _____ Dept Name: _____ Date: _____
 Documentation Released: _____ ID Verified: _____





1919 East Thomas Road
Phoenix, AZ 85016-7710
Teléfono: (602) 933-1490
Fax: (602) 933-1477

AUTORIZACIÓN PARA USAR O REVELAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ de historial médico: _____

Nombre del solicitante: _____ teléfono: _____

1. Autorizo el uso y la revelación de la información de salud de la persona nombrada anteriormente, tal como se describe a continuación:
2. La siguiente persona u organización está autorizada para revelar la información: Phoenix Children's Hospital y/o sus clínicas ambulatorias (Phoenix Children's Ambulatory Clinics)

Esta información puede ser revelada y usada por la siguiente persona u organización:

Nombre: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Propósito de la revelación: Continuar la atención médica Discapacidad Legal Uso personal Escuela
 Seguro Otro: _____

Información que se revelará (incluir fechas si corresponde)

- Historial de clínicas ambulatorias de Phoenix Children's Hospital - Fechas de tratamiento: _____
- Historial de paciente interno en Phoenix Children's Hospital - Fechas de tratamiento: _____
- Expedientes médicos pertinentes Informe de patología
- Consultas (indicar el médico) _____ Informes de laboratorio
- Resumen del alta Informes de radiografías
- Informe del Departamento de Urgencias Imágenes de radiografías en CD
- Informe de historial y examen físico Registro de inmunización
- Informe operatorio Otras: _____
- Notas de progreso del paciente Especifique: Archivos en papel Archivos en CD

Entiendo que la información de mi historial médico puede incluir información sobre enfermedades de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de conducta y salud mental, tratamientos por abuso de alcohol o drogas, y pruebas genéticas. Comprendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Comprendo asimismo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito presentando mi revocación escrita al Departamento de Administración de la Información de Salud (Health Information Management Department). Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya revelado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley otorgue a mi asegurador el derecho a impugnar una reclamación según los términos de mi póliza. A menos que sea revocada, esta autorización caducará en la siguiente fecha o en caso del siguiente evento o condición: _____. Si no especifico una fecha de caducidad, o un evento o condición, esta autorización **caducará automáticamente seis (6) meses a partir de la fecha de su firma.**

Entiendo que la autorización de la revelación de esta información médica es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. Entiendo que Phoenix Children's Hospital no condiciona ni niega tratamiento en base a si se firma o no esta autorización. Comprendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se usará o revelará según lo dispuesto en CFR 164.524. Entiendo que cualquier revelación de la información lleva consigo la posibilidad de que la misma vuelva a ser revelada en forma no autorizada y que la información pueda no estar protegida por las normas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la revelación de mi información de salud, puedo comunicarme con el Departamento de Administración de la Información de Salud (Health Information Management Department).

Firma del paciente o del representante legal

Fecha

Si firma el representante legal, relación con el paciente

Firma del testigo

For PCH Use only:

Employee completed by: _____ Dept Name: _____ Date: _____
Documentation Released: _____ ID Verified: _____

