

Departamento de
Historiales Médicos
Teléfono: 480-641-5400
Telefax: 480-218-4353



6116 E Arbor Ave, Ste 112
Mesa, Arizona 85206
37100 N Gantzel Rd
Ste 202
San Tan Valley, AZ 85140
3513 S Mercy Rd.
Gilbert, AZ 85297

AUTORIZACION PARA OBTENER INFORMACION MEDICA

1. Nombre de Paciente: _____ Nombre Previo (Si es aplicable) _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Codigo Postal: _____
de Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ # de Seguro Social: _____
de Historial Médico: _____

**Yo autorizo que CVAM: Pida / Comparta (circule uno)
la información médica del paciente mencionado previamente a/de:**

2. Nombre (Doctor/Hospital/Miembro Familiar/El Mismo Paciente)

Dirección _____ # de Suite _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____
de Teléfono: _____ # de Telefax: _____
Para el propósito de: _____

Formato Preferido: Papel / Disco Electronico (Circule uno)

3. **El tipo y cantidad de información que puede ser compartida: (por favor de fechas si es apropiado)**
- Historial médico completo
 - Historial médico completo, del día _____ al día _____
 - Resultados de laboratorio, del día _____ al día _____
 - Información Factual
 - Algo mas _____
4. Entiendo que la información médica compartido con permiso de esta autorización puede incluir información confidencial en relación al tratamiento de enfermedad física y/o mental, abuso de alcohol y/o drogas, VIH/SIDA y historial médico pasado.
5. Entiendo que esta autorización se expirara, sin mi revocación expresada, un ano de la fecha firmada, o si soy un menor, en el día que me convierta en adulto en acuerdo con las leyes estatales, lo que ocurra primero. Entiendo que tengo la libertad de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento excepto si la información ya a sido compartida. Tampoco aplica la revocación si es referente a mi compañía de seguro medico cuando la ley permite a mi seguro medico el derecho de disputar un reclamo bajo mi póliza o la póliza misma.
6. Entiendo que la autorización para compartir esta información médica e voluntaria y puedo negar mi firma. CVAM no puede poner condiciones a su tratamiento, pago, inscripción en planes médicos o elegibilidad de beneficios por negar su firma, al menos que sea especificado por ley. Entiendo que la compartición de información tiene potencial de ser re-compartida sin autorización y puede que esa compartición no sea protegida por leyes federales de confidencialidad.

Firma del Paciente o Representante Autorizado

Fecha

Nombre Escrito del Paciente o Representante Autorizado y su Relación al Paciente
(Por favor incluya documentación de autoridad aplicable)

Fecha

Para Uso de Nuestra Oficina:

Verificación de Identificación con Fotografía: _____
Fecha