

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Objeto** de la solicitud:  Solicitud del paciente  Tratamiento  Legal  Seguro  Otro: \_\_\_\_\_

**Autorizo (permiso)** al Sistema de salud Axis (Axis Health System, AHS) a  **enviar**  **recibir**  **intercambiar** (marque todo lo que corresponda) mi información de salud a/con/desde:

Persona/proveedor/organización: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Entregar por:**  correo electrónico: \_\_\_\_\_  fax: \_\_\_\_\_

 enviar a la dirección: \_\_\_\_\_  sólo verbal

**Tipo de información**  **Todo** o:  Atención Primaria  Salud Mental/Psiquiatría  Dental  Programa de Uso de Sustancias  
(Protegido por 42 CFR Parte 2)
**Fechas de tratamiento** (si no se proporcionan fechas, el AHS publicará los últimos dos años): \_\_\_\_\_

**Tipo de registros médicos:**
 **Registros médicos esenciales:** notas de encuentro/progreso, evaluación diagnóstica/actualización de la evaluación, resumen del alta, plan de tratamiento/servicio, informes de laboratorio/patología/radiología/diagnóstico

O registros específicos:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asistencia  | <input type="checkbox"/> Notas de encuentro/progreso o notas de consulta | <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento/servicio       |
| <input type="checkbox"/> Facturación   | <input type="checkbox"/> Vacunación                                      | <input type="checkbox"/> Conjunto de determinados registros |
| <input type="checkbox"/> Evaluación diagnóstica/actualización de la evaluación | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio                       | <input type="checkbox"/> Lista de problemas                 |
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta médica                               | <input type="checkbox"/> Medicamentos                                    | <input type="checkbox"/> Otros: _____                       |

Al firmar este formulario de autorización, entiendo que:

- Puedo **revocar (finalizar)** esta autorización en cualquier momento, previa notificación por escrito, pero esta decisión no tendrá ningún efecto en la información divulgada antes de que Axis reciba la notificación.
- Este formulario **caducará** a los dos años de la fecha de su firma, si no se revoca, o en la siguiente fecha/acontecimiento: \_\_\_\_\_
- Es posible que el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios **no dependa de** si firmo este formulario, a menos que lo ordene un tribunal.
- Es posible que me **cobren** por las copias de mi registros médicos.
- Puedo **solicitar una copia** de este formulario en cualquier momento.
- Si he autorizado la divulgación de mi información médica a alguien que no esté obligado legalmente a mantenerla en privado, esta **puede reproducirse** y dejar de estar amparada en la ley federal y estatal. (CFR 42 Parte 2, HIPAA, CRS 25.1)
- Al firmar este formulario, **autorizo la divulgación de mi información, que puede incluir** enfermedades de transmisión sexual (ETS), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH), planificación familiar/anticoncepción, servicios de salud mental o de comportamiento y tratamiento del consumo de alcohol o drogas.
- La **copia** tiene la misma validez del original.

Se me permite (tengo autoridad legal) firmar por mí mismo o en nombre del paciente; mi capacidad no se ha limitado/restringido voluntariamente o a través de un proceso legal. Entiendo que Axis Health System puede solicitar documentos legales para su verificación.

Firma del paciente, tutor legal o representante personal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Escriba el nombre en letra de imprenta, si firma en nombre del paciente \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_