



# AUTORIZACIÓN PARA QUE NOAH RECIBA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD DE ALGUNA ENTIDAD EXTERNA

## 1. INFORMACIÓN QUE IDENTIFICA AL PACIENTE

Nombre del paciente: (nombre, apellido): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Depto. #: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Número telefónico: \_\_\_\_\_ Fecha(s) de servicio: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la institución que envía los expedientes: \_\_\_\_\_

### A. Para liberar expedientes médicos de otro proveedor de atención médica a NOAH:

Autorizo a (nombre del proveedor o la institución) \_\_\_\_\_ para que revele mis expedientes médicos a NOAH como lo indico en la Sección 2 abajo.

Número telefónico de la institución que lo envía: \_\_\_\_\_

Número de Fax de la institución que lo envía: \_\_\_\_\_

*Nota: Por favor envíe por correo o por fax los expedientes a la instalación de NOAH indicada abajo.*

Revelar a (nombre de la institución): Neighborhood Outreach Access to Health (NOAH)

Dirección: 7500 N. Dreamy Draw Drive, Suite 145, Phoenix, AZ 85020

Número telefónico: 480-882-4545 Fax: 480-882-4594

## 2. DESCRIPCIÓN ESPECÍFICA DE LA INFORMACIÓN A LIBERAR (marque todas las que sean aplicables):

Resumen del alta       Historial y exploración física       Reportes quirúrgicos       Electrocardiograma  
 Reportes radiológicos       Análisis de laboratorio       Consultas       Expediente completo  
 Solo los expedientes pertinentes      Otro (especifique) \_\_\_\_\_

### A. Descripción específica de los propósitos para liberar la información:

Continuar con la atención al paciente       Compensación laboral  
 Seguro/pago por la atención médica       La liberación se hace a petición del paciente  
 Otro (especifique) \_\_\_\_\_

### B. Autorizo que el proveedor médico utilice o libere información relacionada con:

SIDA/VIH y otras enfermedades contagiosas       Información de pruebas genéticas  
 Reportes sobre atención psiquiátrica       Tratamiento por abuso de alcohol y/o drogas

Entiendo que al firmar esta autorización NOAH no condicionará mi tratamiento. NOAH no me negará tratamiento si no deseo firmar este formulario. Puedo rehusarme firmar este formulario de autorización. También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, con algunas excepciones. Para obtener más detalles sobre cuándo me es, o no, posible revocar esta autorización, puedo leer la Notificación de las Prácticas de Privacidad de NOAH.

Para revocar mi autorización debo emitir una solicitud por escrito a NOAH. A menos que yo revoque esta autorización antes de su cumplimiento, ésta expirará a su cumplimiento o a los 90 días a partir de la fecha en que se firmó, lo que suceda primero. Entiendo que si esta información se libera a una tercera parte, podría ya no estar protegida por las regulaciones de privacidad federales y que podría volverse a liberar por la persona u organización que reciba la información. Entiendo los asuntos discutidos en este formulario. Libero la información al proveedor, a sus empleados, a los jefes de personal y directores, a los miembros del personal médico y a los negocios asociados en la medida en que se indica y autoriza en la presente

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Firma del representante legal: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_