

St. Luke's Behavioral Health Center

A STEWARD FAMILY HOSPITAL



1800 E. Van Buren Street
Phoenix, AZ 85006
602-251-8535

St. Luke's Behavioral Health Center

Solicitud del Paciente / Autorización para usar o revelar información médica protegida

(iniciales del personal) N.º de expediente médico _____

Por la presente autorizo a **St. Luke's Behavioral Health Center** a utilizar o revelar la información médica protegida de mis expedientes médicos que se especifica abajo:

1) NOMBRE DEL PACIENTE: (En letra de molde) _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____
 Calle Ciudad Estado Código postal

Número(s) de teléfono de contacto: _____

Correo electrónico: (Si corresponde) _____

2) LA INFORMACIÓN SE REVELARÁ A:

Nombre de la persona o del centro (en letra de molde) _____

Dirección (en letra de molde) Ciudad Ciudad Código Postal

Correo electrónico: (Si corresponde) _____

Fax n.º _____

N.º de teléfono _____

3) Método de entrega preferido -

- Correo electrónico
- Correo postal a la dirección indicada en el apartado 2 arriba
- Recepción en persona

4) Fechas de tratamiento desde: _____ **Hasta:** _____

5) EXPEDIENTES/INFORMES ESPECÍFICOS A REVELAR:

- Antecedentes de admisión y examen físico
- Resultados de laboratorio
- Servicios de rehabilitación (fisioterapia [PT], terapia ocupacional [OT], terapia del habla)
- Resumen del alta
- Informes de estudios de imagenología (especifique si es una tomografía computarizada [CT], radiografía, imagen por resonancia magnética [MRI])
- Otro (especifique) _____
- Consulta
- Sala de emergencias
- Informes de patología _____
- Informes de electrocardiograma (ECG)
- Notas de la cirugía _____

6) REVELACIÓN RESTRINGIDA: No revelaremos la siguiente documentación **a menos que** usted marque la casilla correspondiente y proporcione una firma adicional:

Revelación	Firma	Revelación	Firma
<input type="checkbox"/> Documentación de los proveedores de salud mental/conductual*		<input type="checkbox"/> Pruebas genéticas/Resultados de las pruebas*	
<input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas de detección de VIH/SIDA		<input type="checkbox"/> Bebidas alcohólicas Tratamiento*** o <input type="checkbox"/> abuso de sustancias	
<input type="checkbox"/> Comunicaciones confidenciales con un trabajador social		<input type="checkbox"/> Abuso y abandono de niños y adultos mayores	
<input type="checkbox"/> Orientación para víctimas de agresión sexual/violación		<input type="checkbox"/> Orientación para víctimas de violencia doméstica	
<input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual			

* Esta autorización no es válida para el uso o revelación de notas de psicoterapia

** El término "pruebas genéticas" se refiere únicamente a las pruebas que determinan sus posibilidades futuras de desarrollar una enfermedad, no a las pruebas realizadas para diagnosticar una condición o problema actual.

***Solo se aplica a los expedientes creados por un "individuo o entidad que se presenta como proveedor de diagnóstico de abuso de alcohol o drogas, tratamiento o remisión para tratamiento". (Código de Reglamentos Federales 42 [CFR] Parte 2) No se exige para los expedientes que se crean o mantienen en un centro médico general.

IMPORTANTE: ESTA AUTORIZACIÓN NO ES VÁLIDA SI NO SE COMPLETAN TODAS APLICABLE LAS CASILLAS Y SE FIRMA EL FORMULARIO EN LA PÁGINA 2



St. Luke's Behavioral Health Center

A STEWARD FAMILY HOSPITAL



1800 E. Van Buren Street
Phoenix, AZ 85006
602-251-8535

St. Luke's Behavioral Health Center

Solicitud del Paciente / Autorización para usar o revelar información médica protegida

7) SOLICITUD DE EXCLUSIÓN:

Solicito que la o las siguientes admisiones/visitas se excluyan específicamente de esta solicitud _____
(especifique fechas de servicio).

8) PROPÓSITO DE REVELACIÓN:

Atención médica Legal Seguro Personal Otros _____

*Se pueden aplicar cargos

9) PLAZO: Esta Autorización permanecerá vigente durante un año o:

- Hasta que **St. Luke's Behavioral Health Center** atienda esta solicitud..
- Desde la fecha de la autorización hasta _____ el día de _____ de 20 _____
- Hasta que ocurra el siguiente evento: _____
- Otro: _____

10) REVOCACIÓN: Comprendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento solicitándola a **St. Luke's Behavioral Health Center** por escrito en la dirección indicada abajo. La revocación entrará en vigencia inmediatamente después de que **St. Luke's Behavioral Health Center** reciba mi notificación por escrito. Comprendo que la revocación no tendrá efecto alguno sobre ninguna medida que **St. Luke's Behavioral Health Center** haya tomado amparándose en esta Autorización antes de recibir mi notificación de revocación por escrito.

Gestión de la información médica

St. Luke's Behavioral Health Center c/o Tempe St. Luke's Hospital
1500 South Mill Ave,
Tempe, AZ 85281

11) EFECTO SOBRE EL TRATAMIENTO/PAGO/INSCRIPCIÓN/ELEGIBILIDAD: Comprendo que puedo rehusarme a firmar esta autorización por cualquier motivo; y que, al hacerlo, no se verán afectados el inicio, la continuación ni la calidad de mi tratamiento, el pago, la inscripción en el seguro de salud o la posibilidad de recibir beneficios en **St. Luke's Behavioral Health Center**.

12) POTENCIAL DE REVELACIÓN POSTERIOR: Comprendo que la persona que reciba mi Información Médica Protegida puede no estar obligada a cumplir con las leyes de privacidad federales y estatales, y que mi Información Médica Protegida podría dejar de estar protegida por la ley estatal y federal aplicable una vez que sea revelada por **St. Luke's Behavioral Health Center**.

13) ACCESO: Comprendo que, en determinadas circunstancias, **St. Luke's Behavioral Health Center** tiene derecho a negarme el acceso a la totalidad o a una parte de mi información médica protegida. El **St. Luke's Behavioral Health Center** me notificará por escrito tales denegaciones.

He leído y comprendido los términos de la presente Autorización y he tenido la oportunidad de formular preguntas sobre el uso o revelación de mi información médica. Con mi firma abajo, autorizo a **St. Luke's Behavioral Health Center**, con conocimiento de causa y de forma voluntaria, a utilizar o revelar mi información médica en la forma descrita arriba.

14) _____
Firma del paciente _____ Fecha _____

Nombre del paciente en letra de molde _____ Testigo _____

For Office Use:

I.D Verification _____

Firma del representante autorizado Si el paciente es menor de edad o no puede firmar esta Autorización:

15) _____
Firma del representante personal _____ Fecha _____

Nombre en letra de molde del representante del paciente _____ Relación con el paciente o autoridad para actuar en su nombre _____

Las preguntas sobre revelación deben dirigirse al director de gestión de información médica del hospital.

For Office Use:

- Copy of this authorization provided to the patient
- Copy of this authorization provided to the personal representative

IMPORTANTE: ESTA AUTORIZACIÓN NO ES VÁLIDA SI NO SE COMPLETAN TODAS APLICABLE LAS CASILLAS Y SE FIRMA EL FORMULARIO EN LA PÁGINA 2

Signature of Personnel Completing Request

Print Name

Date

Time



Authorization for Use and Disclosure of Protected Health Information (HIM 44)
BHC_ROI_14000S 03/2023 Page 2 of 2 Original Medical Record

* S C A . R O I *