



MARICOPA COUNTY CORRECTIONAL HEALTH SERVICES  
 HEALTH INFORMATION MANAGEMENT  
 201 S. 4TH AVE PHOENIX, AZ 85003  
 PHONE: 602-876-9169 FAX: 602-253-4931  
 E-MAIL: [CHSHIMROI@MARICOPA.GOV](mailto:CHSHIMROI@MARICOPA.GOV)

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD**

Yo, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
NOMBRE del PACIENTE No. de RESERVA o No. de SEGURO SOCIAL FECHA DE NACIMIENTO

Por la presente autorizo a los servicios correccionales de salud (CHS) a divulgar la siguiente información específica de salud protegida  
 De: \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_ a mi solicitud de:  
(FECHA) (FECHA o AL PRESIENTE)

Nombre: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
(POR FAVOR IMPRIMA CLARAMENTE Y LEGIBLEMENTE) (POR FAVOR IMPRIMA CLARAMENTE Y LEGIBLEMENTE)

**Descripción de la información que debe divulgarse:**

**Haga su selección a continuación: (Marque todas las que apliquen)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> TODOS los registros de salud (dentro del rango de fechas anterior) | <input type="checkbox"/> Fotos clínicas   |
| <input type="checkbox"/> Evaluación de salud de admisión y recepción de exámenes            | <input type="checkbox"/> Dental (incluyendo radiografías)                                     |
| <input type="checkbox"/> Resumen de liberación/transferencia                                | <input type="checkbox"/> Registros del Ginecólogo   |
| <input type="checkbox"/> Atención crónica y notas de progreso                               | <input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio   |
| <input type="checkbox"/> Consultar notas  | <input type="checkbox"/> Información relacionada con enfermedades transmisibles               |
| <input type="checkbox"/> Registros hospitalarios/externos                                   | <input type="checkbox"/> Información relacionada con el abuso de alcohol o drogas             |
| <input type="checkbox"/> Registros de medicamentos  | <input type="checkbox"/> Salud conductual/diagnóstico de salud mental/tratamiento información |
| <input type="checkbox"/> Informes de imágenes   | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____   |

\_\_\_\_\_ TB (tuberculosis)/PPD (derivado proteico purificado) Solamente, los pacientes liberados pueden obtener una impresión única de las inmunizaciones actuales para propósitos de transición de la comunidad sin costo

**Describa los propósitos no criminales de la divulgación si no fuera de la investigación o enjuiciamiento criminal:**

\_\_\_\_\_ Cuidado continuo del paciente \_\_\_\_\_ Liberación compasiva \_\_\_\_\_ Otro (especifique) \_\_\_\_\_

- Entiendo que puedo revocar esta autorización escribiendo a la gerencia de información de salud de los servicios correccionales de salud, en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado la decisión de recurrir a ella. Esta autorización expirará 365 (365) días después de la fecha de esta firma.
- Entiendo que los servicios correccionales de salud no pueden condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para beneficios sobre si firmo esta autorización. Entiendo que la información divulgada en virtud de esta autorización puede estar sujeta a la re-divulgación por el destinatario y ya no puede estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.
- Entiendo que puede negarse a firmar esta autorización.
- Comprendo los asuntos discutidos en este formulario. Liberaré los servicios de salud correccionales, sus empleados, oficiales y directores, miembros del personal médico y socios comerciales de cualquier responsabilidad legal o responsabilidad por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en este documento.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Testigo \_\_\_\_\_

Si el paciente no puede dar su consentimiento debido a su condición física o edad, completa lo siguiente:

El paciente es menor de edad ( \_\_\_\_\_ años de edad) o no puede dar su consentimiento porque \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del Padre/Tutor/Poder Notarial \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_ Testigo \_\_\_\_\_

**PROHIBICIÓN DE RE-DIVULGACIÓN:** SI LA INFORMACIÓN DIVULGADA SE RELACIONA CON EL TRATAMIENTO DEL ABUSO DE SUSTANCIAS, LA CONFIDENCIALIDAD DE ESTOS REGISTROS ESTÁ PROTEGIDA POR LA LEY FEDERAL. LAS REGULACIONES FEDERALES (42 CFR PARTE 2) PROHÍBEN CUALQUIER DIVULGACIÓN ADICIONAL SIN EL CONSENTIMIENTO ESCRITO ESPECÍFICO DE LA PERSONA A QUIEN PERTENECE, O DE OTRA MANERA PERMITIDO POR TALES REGULACIONES. UNA AUTORIZACIÓN GENERAL PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA O DE OTRA FORMA NO ES SUFICIENTE PARA DIVULGAR REGISTROS DE ABUSO DE SUSTANCIAS. LA REGLA FEDERAL RESTRINGE CUALQUIER USO DE LA INFORMACIÓN PARA INVESTIGAR CRIMINALMENTE O ENJUICIAR A CUALQUIER PACIENTE CON ABUSO DE SUSTANCIAS. LAS LEYES ESTATALES TAMBIÉN PUEDEN PROTEGER LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS EXPEDIENTES DE LOS PACIENTES.

Tarifas: copias electrónicas: tarifa plana de \$6.50 para solicitudes estándar de registros mantenidos y enviados electrónicamente. Copias impresas: \$10.00/primeras 10 páginas y \$0.50/para páginas adicionales producidas.

La tarifa de los registros que solicitó es de \$ \_\_\_\_\_ para las \_\_\_\_\_ páginas. Por favor, envíe un cheque de cajero, cheque de negocios o giro bancario a pagar a los Servicios Correccionales de Salud del Condado de MARICOPA. No se aceptarán cheques personales.