

Autorización para usar o divulgar información médica confidencial

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: Fecha de Nacimiento: Teléfono:

Domicilio: Domicilio 2:

Ciudad: Estado: Código Postal:

Nombre del médico/consultorio: Fecha aproximada de servicio:

INFORMACIÓN SOLICITADA / REQUISITOS DE ENTREGA

Enviar resultados por:

Correo U.S. Fax Seguro Correo electrónico seguro Correo electrónico NO seguro

La información no encriptada que se envía por correo electrónico puede ser interceptada por partes no autorizadas

Nombre de Fax: Dirección de correo electrónico:

Información a enviar por correo:

Empresa, persona, establecimiento: Teléfono:

Domicilio: Domicilio 2:

Ciudad: Estado: Código Postal:

Copia adicional para ser enviada a:

Empresa, persona, establecimiento: Teléfono:

Domicilio: Domicilio 2:

Ciudad: Estado: Código Postal:

Sonora Quest Laboratories depende de la información suministrada por el médico al momento que se solicita la prueba de laboratorio. La información provista por el médico puede no ser suficiente para corresponder con exactitud la información que usted brinda en este formulario. En dichos casos, Sonora Quest Laboratories protegerá la privacidad de nuestro paciente al no divulgar resultados que no se ajusten a nuestros estrictos criterios de determinación de coincidencias. Si no proporciona toda la información que solicitamos, es posible que no podamos identificar alguno de sus registros.

Entiendo que mi historia clínica puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y otras enfermedades transmisibles, cuidados de salud conductual / atención psiquiátrica, tratamientos por abuso de alcohol o drogas y pruebas genéticas. Mi firma autoriza la divulgación de dicha información.

Puedo negarme a firmar este formulario de autorización. Entiendo que Sonora Quest Laboratories no condicionará ni negará un tratamiento por no haber firmado esta autorización.

Entiendo que puedo revocar esta autorización cuando lo desee, excepto cuando ya se haya tomado la medida basada en esta autorización.

A menos que revoque la autorización anticipadamente, tendrá vigencia por seis (6) meses a partir de la fecha de firma o hasta el _____.

Entiendo que, si la información se divulga a un tercero, la información ya no estará protegida por las regulaciones estatales y federales y podría ser divulgada nuevamente por la persona organización que reciba la información.

Eximo a Sonora Quest Laboratories, sus empleados y representantes, integrantes del personal médico y socios comerciales de todo tipo de obligación o responsabilidad legal por la divulgación de la información mencionada en la medida estipulada y autorizada aquí.

Firma del paciente

Fecha

Firma del solicitante

Parentesco con el paciente o descripción de autoridad para representar al paciente

Los formularios completos se pueden enviar por correo, escanear y enviar por correo electrónico, fax o dejar en cualquiera de nuestros Centros de Servicio al Paciente.

Fax a: 602.685.5553 | Correo electrónico a: DTP-Arizona@SonoraQuest.com

Internal Use Only

Date Received:

Tracking #:

Sonora Quest Laboratories, ATTN: HIMs Department
424 S. 56th St., Ste. 100, Phoenix, AZ 85034