

# Autorización para usar o divulgar información médica confidencial

<b>IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE: ESCRIBIR EN LETRA DE IMPRENTA LEGIBLE</b>			
Nombre _____		Teléfono ____ - ____ - _____	
Domicilio _____		Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____	
_____ Ciudad	_____ Estado	_____ Fecha(s) aproximada(s) de servicio __ / __ / __	
_____ Código postal			
Nombre del médico/consultorio _____			
<b>INFORMACIÓN SOLICITADA / REQUISITOS DE ENTREGA: DEBE MARCAR UNA CASILLA</b>			
Enviar resultados por: <input type="checkbox"/> Fax seguro: _____ <input type="checkbox"/> Correo a la dirección mencionada arriba			
<input type="checkbox"/> Correo electrónico seguro (ingresar en las casillas de abajo): <input type="checkbox"/> Correo a la dirección mencionada abajo			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Completar SOLO si solicita los resultados por correo electrónico:</b>			
<input type="checkbox"/> Enviar los resultados encriptados <input type="checkbox"/> No enviar los resultados encriptados			
*La información no encriptada que se envía por correo electrónico puede ser interceptada por partes no autorizadas*			
<b>INFORMACIÓN QUE SE ENVIARÁ POR CORREO A:</b>			
_____ Empresa, persona, establecimiento		_____ N. ° de teléfono (con código de área)	
_____ Domicilio	_____ 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 u 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**

Al solicitar las historias clínicas como agente designado, mediante la firma a continuación, certifico la vigencia de la incapacidad del paciente mencionado para tomar o comunicar decisiones en cuanto a cuidados de salud.

\_\_\_\_\_  
**Firma del representante legal**

\_\_\_\_\_  
**Parentesco con el paciente o descripción de autoridad para representar al paciente**

**Los formularios completados pueden enviarse por correo, escanarse y enviarse por correo electrónico, fax o dejarse en cualquiera de nuestros Centros de atención a pacientes.**

<i>Solo para uso interno:</i>
Fecha de recepción: _____
N.º de seguimiento: _____
_____

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

**Enviar por fax a: 602.685.5553**  
**Enviar por correo electrónico a:**  
**[DTP-Arizona@SonoraQuest.com](mailto:DTP-Arizona@SonoraQuest.com)**