

# after hours **pediatrics**

## Autorización para divulgar información de salud

### Solicitud de registros de AHP

**Por favor lea atentamente, no se procesarán autorizaciones incompletas.**

**Opciones para envío de formularios:** Correo electrónico: [ahpROI@ahpeds.com](mailto:ahpROI@ahpeds.com) (de preferencia); Fax: 505-298-2985;  
 Correo: 5904 Holly Ave NE, Albuquerque, NM 87113

Para evitar demoras en el procesamiento de esta solicitud, favor de completar todas las secciones de la autorización.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

<b>1</b>	Autorizo a <b>After Hours Pediatrics a divulgar</b> mi información de salud a: Nombre: _____ <small>Organización/Persona(s) que recibirán la información</small> Dirección: _____ <small>#/ Nombre de la Calle Ciudad Estado Codigo Postal</small> Número de Teléfono : (____) _____ Número de Fax: (____) _____ Correo electrónico/intercambio seguro de archivos: _____
<b>2</b>	<b>El propósito de la divulgación es para:</b> <input type="checkbox"/> Atención Continua del paciente (enviando a otro proveedor) <input type="checkbox"/> Mudanza/Cambio de Médico <input type="checkbox"/> Solicitud Personal <input type="checkbox"/> Servicios sociales/discapacidad <input type="checkbox"/> Abogado/Legal <input type="checkbox"/> Otra razón: _____
<b>3</b>	<b>Información a revelar:</b> ___ Paquete de transferencia de atención (Más común) > Incluye listas de: problemas, medicamentos, alergias, tablas de crecimiento, historial de vacunas y los (3) exámenes de bienestar más recientes. ___ Reportes de Laboratorio    ___ Información de facturación o reclamos    ___ Registro completo de servicios <small>(excluye registros de otras instalaciones)</small> ___ Otro: _____
<b>4</b>	<b>Se requieren sus iniciales para poder divulgar la siguiente información:</b> ___ Servicios de anticoncepción/planificación familiar    ___ Infecciones/Enfermedades de transmisión sexual    ___ Salud conductual/atención psiquiátrica ___ Registro de abuso de drogas, alcohol o sustancias    ___ Resultados/tratamiento de la prueba de SIDA/VIH <b>Para la divulgación de información en esta sección, este formulario debe ser firmado por el paciente si tiene 14 años o más.</b>
<b>5</b>	Se Puede divulgar información desde (fecha) _____ hasta (fecha) _____.
<b>6</b>	<b>Tipo de Imprenta:</b> ___ Electrónico (CD/PDF)    ___ Papel (puede aplicarse una tarifa adicional) <b>Preferencia de Entrega:</b> ___ Portal MyAHP    ___ Correo electrónico (intercambio seguro de archivo)    ___ Recoger registros ___ Por Correo (pueden aplicarse cargos adicionales)
<b>7</b>	Esta autorización vencerá 6 meses a partir de la fecha de la firma o fecha de vencimiento alternativa: _____

**Entiendo que:**

Tengo el derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento proporcionando prueba de identidad y solicitando que sea revocada. La revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada. Tengo derecho a inspeccionar o copiar la información que se divulgará. El tratamiento o el pago del tratamiento no está condicionado a la firma de esta autorización. El destinatario de la información divulgada bajo esta solicitud es responsable de evitar cualquier divulgación adicional que pueda violar las leyes o regulaciones federales de privacidad.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
 Nombre impreso del representante legal

**Firmante de este documento:**    Paciente    Padre/Madre  
 Guardián    Otro: \_\_\_\_\_  
**Teléfono de Contacto :** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### OFFICE USE ONLY

Staff receiving/reviewing form: \_\_\_\_\_ date: \_\_\_\_\_

**Final delivery:** \_\_\_ Released in person    \_\_\_ Portal    \_\_\_ Pick-up arranged  
 \_\_\_ Secure File Exchange    \_\_\_ Other: \_\_\_\_\_

Staff releasing records: \_\_\_\_\_ date: \_\_\_\_\_

**USPS Tracking #:** \_\_\_\_\_

# after hours **pediatrics**

## Autorización para divulgar información de salud

### Solicitud de **Registros Externos**

Nombre Del Paciente : \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Por favor lea atentamente, no se procesarán autorizaciones incompletas.** Para evitar demoras en el procesamiento de esta solicitud, favor de completar todas las secciones de la autorización.

<b>1</b>	Autorizo a <b>After Hours Pediatrics</b> a <b>obtener</b> mi información de salud de: Nombre : _____ Número de Teléfono: (____) _____ <small>Organización que proporcionara la información</small> Dirección: _____ <small># / Nombre de la Calle Ciudad Estado Código Postal</small> Número de Fax: (____) _____ Correo electrónico/intercambio seguro: _____	
<b>2</b>	<b>Por favor envíe los registros medicos solicitados a:</b> After Hours Pediatrics 1. Correo electrónico/intercambio seguro: <b>ahPROI@ahpeds.com</b> <small>(de preferencia)</small> 2. Fax: (505) 298-2985 3. Correo: 5904 Holly Avenue NE, Albuquerque, NM 87113	<b>**Covered Entities without Secure Email Service**</b> Please call us to request a link for Secure File Drop Off (ask to speak with a member of our Medical Records team) Phone Number: (505) 298-2505
<b>3</b>	<b>El propósito de la divulgación es para:</b> <input type="checkbox"/> Mudanza/Cambio de Médico <input type="checkbox"/> Atención Continua del paciente <input type="checkbox"/> Otra razón: _____	
<b>4</b>	<b>Información a revelar:</b> <input type="checkbox"/> Transferencia de información de atención <small>➢ Incluye listas de: problemas, medicamentos, alergias, tablas de crecimiento, historial de vacunas y los (3) exámenes de bienestar más recientes.</small> <input type="checkbox"/> Solo registros de vacunación <input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio <input type="checkbox"/> Notas del Especialista: _____ <small>Especialidad</small> <input type="checkbox"/> Otro: _____	
<b>5</b>	<input type="checkbox"/> Autorizo la divulgación/discusión de punto a punto sobre mi <b>salud conductual/atención psiquiátrica</b> . _____ Iniciales del paciente o representante <b>Para la divulgación de información en esta sección, este formulario debe ser firmado por el paciente si tiene 14 años o más.</b>	
<b>6</b>	Se Puede divulgar información desde (fecha) _____ hasta (fecha) _____.	
<b>7</b>	Esta autorización vencerá 6 meses a partir de la fecha de la firma o fecha de vencimiento alternativa: _____	

**Entiendo que:**

Tengo el derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento proporcionando prueba de identidad y solicitando que sea revocada. La revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada. Tengo derecho a inspeccionar o copiar la información que se divulgará. El tratamiento o el pago del tratamiento no está condicionado a la firma de esta autorización. El destinatario de la información divulgada bajo esta solicitud es responsable de evitar cualquier divulgación adicional que pueda violar las leyes o regulaciones federales de privacidad.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
 Nombre impreso del representante legal

<b>Firmante de este documento:</b>	Paciente    Padre/Madre Guardián    Otro: _____
<b>Teléfono de Contacto :</b> (____) _____	

<b>OFFICE USE ONLY</b>	
Staff receiving/reviewing form: _____ date: _____	Request sent via: <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Secure File Exchange
Staff obtaining records: _____ date: _____	<input type="checkbox"/> Other: _____