



AFA
BALANCE & HEARING INSTITUTE
A.T. STILL UNIVERSITY CENTER OF EXCELLENCE

THE AFA BALANCE & HEARING INSTITUTE
A.T. STILL UNIVERSITY OF HEALTH SCIENCES

4838 E. Baseline Road. Suite #126. Mesa, Arizona 85206
Phone: (480)265-8067 Fax: (480)656-6316
Web: www.TheAFainstitute.com Email: AFainstitute@atsu.edu

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Nombre de paciente _____

Numero de seguro social _____

Fecha de nacimiento _____

ENVIAR LOS HISTORIALES DE SALUD A: _____

DIRECCION: _____

PROPOSITO DE DIVULGACION: _____

Yo, el suscrito, por la presente autorizo y consiento a la divulgación por AFA Balance & Hearing Institute a la sobredicha compañía o personas, de cualesquier y todos historiales de salud, documentos, informes y extractos clínicos de todo tipo y descripción concernientes a mi cuidado, hospitalización y tratamiento en dicho hospital durante el/los sobredicho/s period/s y consiento a la inspección y el hacer copias del mismo. Esta autorización puede incluir cintas grabadas, fotografías y otros medios no escritos.

Además de la autorización general para divulgar los historiales, el suscrito autoriza a la persona o entidad indicada arriba que provea una copia de los historiales siguientes:

La autorización en vigor por noventa (90) días después de la fecha hecha, a menos que este revocada más pronto por mí. Si se revoca la autorización más pronto, todas las partes entienden que la información divulgada antes de haberse hecho saber de tal revocación fue hecha a mi petición y con mi consentimiento.

He leído lo arriba escrito acerca de la Autorización para Divulgación de Información sobre Cuidado de Salud y por la presente reconozco que entiendo las estipulaciones y condiciones de esta autorización.

AVISO: Esta información se le ha divulgado a usted de los historiales protegidos por las reglas de confianzas federales y estatales (42CFR, Parte 2 y/o ARS 36-3661). Las reglas le prohíben a usted hacer otra divulgación de esta información, a menos que otra divulgación se permita expresamente pro el consentimiento por escrito de las personas a quien pertenece, o de otro modo se lo permita la ley. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar crímenes o para procesar a un paciente por abuso de alcohol o drogas.

X
Firma de paciente _____ Fecha _____

X
Firma de representante autorizado legalmente _____ Relación con paciente _____

X
Firma del testigo _____ La información divulgada por _____ Fecha _____