



DMG Children's Rehabilitative Services  
 3141 N. 3rd Avenue Suite 100  
 Phoenix, Arizona 85013  
 Phone: 602-914-1520 Option 2  
 Fax: 602-266-0545

**AUTORIZACIÓN DE USO O PARA DAR A CONOCER  
 INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA Y CONFIDENCIAL**

**Información del paciente (Favor de escribir con letra de molde)**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ No. de expediente médico: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Calle Ciudad Estado Código postal

**Autorizo dar a conocer información médica protegida y confidencial de DMG,CRS: (Escoja una opción o ambas)  de  hacia**

Nombre del establecimiento o persona que los recibe: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Calle Ciudad Estado Código postal  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

**Forma de entrega:**

- Por correo
- Entrega en persona
- Vía fax

**Descripción específica del propósito o razón por la que necesita los documentos:**

- continuación del cuidado médico  Coordinación de atención
- Cobertura del seguro médico o pago por la atención médica
- Legal  Uso personal  Indemnización por accidente de trabajo
- Otro (especifique) \_\_\_\_\_

**Autorizo a mi proveedor médico el uso o el dar a conocer mi información de tratamiento médico o salud mental y del comportamiento (marque todas las que sean ciertas):**

- Expediente médico completo  Historial médico y físico  Análisis de laboratorios
- Informes genéticos  Medicamentos  Informes de radiología
- Abuso de sustancias  VIH/SIDA  Salud mental y comportamiento
- Otro (especifique) \_\_\_\_\_  Extracto del expediente (Solo notas del proveedor médico, procedimientos y resultados de exámenes )
- Notas de la evolución de la historia clínica (especifique): \_\_\_\_\_

Fecha(s) de tratamiento:  Especifique la(s) fecha(s): \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  Todas las fechas de tratamiento

**Derechos del paciente:**

- Entiendo que esta autorización es voluntaria. El tratamiento, pago, inscripción o el derecho a participar no se verán afectados al firmar esta autorización. El proveedor médico no me negará la atención médica si decido no firmar esta autorización. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización.
- Entiendo que la escoger "expediente médico completo", los expedientes que se entreguen o se obtengan pueden incluir, pero no se limita a expedientes psicológicos, psiquiátricos o de otras discapacidades mentales o tratamientos, lo que incluye notas sobre terapia, abuso de drogas, alcoholismo o abuso de otras sustancias, que pueda indicar la presencia de enfermedades contagiosas o no, exámenes para ello, o expediente de Sida, VIH, y discapacidades relacionadas con genes, lo que incluye resultados de estudios genéticos.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, con algunas excepciones, mi revocación debe ser por escrito y debe entregarse a la oficina de expedientes médicos. La revocación entrará en vigor cuando la reciba DMG CRS, excepto en aquellos casos en los que DMG CRS u otros hayan hecho uso de ella.
- A menos que se especifique o se revoque por escrito, esta autorización expirará 1 año después de la fecha en que se firme.
- Entiendo que una vez que la información médica que he autorizado dar a conocer se entregue a la persona escrita aquí, la persona u organización que la reciba la puede volver a dar a conocer, para esos entonces es posible que la información ya no la proteja la ley de privacidad.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Entiendo los asuntos de los que trata este documento. Libero a DMG CRS, sus empleados, agentes, oficiales, directores, miembros del personal médico, de cualquier responsabilidad legal de dar a conocer la información antes mencionada, según se indica y autoriza en la presente.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Nombre escrito \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del representante legal \_\_\_\_\_ Nombre escrito en letra de molde \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Patient/Representative Identification Verified: Yes \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Initials: \_\_\_\_\_ Department: \_\_\_\_\_



DMG/CRS

3141 N. 3<sup>rd</sup> AVE. STE 100

PHOENIX, AZ 85013

TO AVOID DELAYS IN PROCESSING YOUR REQUEST PLEASE FILL  
OUT ALL NECESSARY ELEMENTS ON THE RELEASE FORM  
(PLEASE COMPLETE ALL HIGHLIGHTED AREAS)

SIGN RELEASE OF INFORMATION FORM TO HAVE A COPY OF YOUR  
RECORDS

PLEASE ALSO SEND A PHOTOCOPY OF YOUR ID  
WHEN RETURNING THE FORM TO US

THANK YOU

CRS MEDICAL RECORDS

602 914-1520 PHONE

602 266-0545 FAX