

## Autorización/Notificación para divulgar información de salud protegida

- Todas las áreas requeridas se deben completar o esta solicitud será considerada inválida.
- Por favor complete las secciones 1a4si está solicitando información sobre su **Cuadro médico/Perfil de farmacia**.
- Por favor complete las secciones 1, 2, 3 y 5 si está solicitando **radiografías** y/o otras imágenes diagnósticas.
- Por favor complete las secciones 1a4si está solicitando **"otro"** tipo de información de salud, por favor especifique.
- El formulario se **debe** completar con tinta.

SOLAMENTE PARA USO DE Cigna			
MRN:	CL:	NO. PAGES RELEASED:	DATE REQUEST RECEIVED:
RECORDS PREPARED AND TRANSMITTED BY (PRINT NAME) :		SIGNATURE:	DATE:
RECIPIENT - PRINT NAME (as listed in Part 2 only) :		SIGNATURE:	DATE:

PARTE 1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE		
NOMBRE DEL PACIENTE:		FECHA DE NACIMIENTO:
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	TELÉFONO DURANTE EL DÍA:	TELÉFONO PARTICULAR:
DIRECCIÓN: (calle, ciudad, estado, código postal) :		

PARTE 2. DESTINO DEL HISTORIAL	
<b>Por la presente autorizo a Cigna Medical Group a entregar información de historia clínica relacionada con el paciente arriba mencionado a:</b>	
NOMBRE DEL RECEPTOR:	NÚMERO TELEFÓNICO DEL RECEPTOR:
DIRECCIÓN: (calle, ciudad, estado, código postal) :	

PARTE 3. PROPÓSITO DE LA ENTREGA	
<b>POR FAVOR NOTE:</b> Se pueden cobrar honorarios si la naturaleza de la solicitud es otra que no sea la continuidad de asistencia del paciente. <b>Si esta sección se deja en blanco, Cigna presupone que la solicitud es para uso personal y se cobrarán honorarios.</b>	
<b>Propósito de la solicitud:</b> <input type="checkbox"/> Continuidad de asistencia (Cita futura) (Nombre del Doctor/Se requiere la dirección en la Sección 2)	<input type="checkbox"/> Uso personal (Por favor vea la tabla de honorarios actuales)
<input type="checkbox"/> Otro (Por favor indique el propósito de la solicitud): _____	
Fecha de la cita: _____	

PARTE 4. TIPO DE HISTORIAL QUE SE ESTÁ SOLICITANDO	
<b>POR FAVOR NOTE:</b> Los pedidos normalmente tardan 10 días hábiles para ser procesados, pero, por favor, considere 30 días desde la fecha de recepción en el destino dado (como se indica en Parte 2) .	
<input type="checkbox"/> Copias del historia de los últimos dos (2) años de tratamiento	Perfil de farmacia
<input type="checkbox"/> Copias del historia que cubra fechas desde _____ hasta _____	<b>Otro (por favor especifique):</b>
<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio (Fechas): _____	_____

PARTE 5. RADIOGRAFÍAS / IMÁGENES DIAGNÓSTICAS			
<input type="checkbox"/> Sólo informes (se pueden aplicar honorarios por las copias)	Por:	Examen de Rayos X: _____	Fecha: _____
<input type="checkbox"/> Sólo radiografías (se pueden aplicar honorarios por las copias)		Examen de Rayos X: _____	Fecha: _____
<input type="checkbox"/> Radiografías y informes (se pueden aplicar honorarios por las copias)		Examen de Rayos X: _____	Fecha: _____
<input type="checkbox"/> Transferencia permanente de mamografías (Todas)		Examen de Rayos X: _____	Fecha: _____

Autorizo la entrega de fotocopias del siguiente historia clínica y/o imágenes diagnósticas en poder o bajo el control de Cigna Medical Group, sus empleados y/o agentes. PARA EL PROPÓSITO DEL PRESENTE DOCUMENTO, "HISTORIA CLÍNICA" Y "IMÁGENES DIAGNÓSTICAS" INCLUIRÁN TODO LO SIGUIENTE:

1. INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH(COMO SE DEFINE EN A.R.S. SECCIÓN 36-661).
2. INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON ENFERMEDADES CONTAGIOSAS (COMO SE DEFINE EN A.R.S. SECCIÓN 36-661).
3. INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL ALCOHOLISMO Y/O FARMACODEPENDENCIA (COMO SE DEFINE EN 42 CFR SECCIÓN 2.1 ET SEQ).
4. INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE DIAGNÓSTICO/TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL. (COMO SE DEFINE EN 42 CFR SECCIÓN 164.501).
5. INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE EXÁMENES GENÉTICOS (COMO SE DEFINE EN A.R.S. SECCIÓN 12-2801).

Por la presente eximo a ustedes, sus médicos y empleados de cualquier y toda responsabilidad por completar la solicitud de autorización para la entrega de información médica. Comprendo que es posible que la información en mi historia clínica puede ser divulgada por el receptor a otras partes. Esta autorización vence noventa (90) días después de la fecha en que se firmó, indicada abajo. Certifico que he dado mi permiso de forma libre, voluntaria, y sin coerción de ningún tipo. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento siempre y cuando notifique a Cigna Medical Group en forma escrita a tal efecto. Comprendo que cualquier entrega, que haya sido realizada antes de mi revocación en cumplimiento con esta autorización no constituirá un incumplimiento de mis derechos de confidencialidad. Cierta información relacionada con un menor está regida por el Estado de Arizona y por Estatutos Federales y se requerirá la firma del menor antes de cualquier divulgación. Entiendo además que una fotocopia de esta autorización se considera aceptable en sustitución de la original.

FIRMA DEL PACIENTE:		FECHA:	
PADRE / TUTOR / PODER	RELACIÓN CON EL PACIENTE:	TESTIGO/NOTARIO:	FECHA:

## **IMPORTANT INFORMATION/NOTES FOR THE RECIPIENT:**

It is Cigna Medical Group's practice to release (upon authorization) photocopies of medical records and/or x-ray films from the last two (2) years of treatment received unless otherwise requested by the patient. There may be additional records/medical information available. The patient is required to sign a specific authorization for the additional information to be released.

Redisclosure Prohibited: The information disclosed to you is confidential and protected by law. Any further disclosure may be strictly prohibited under applicable law. For example, if you received any medical records and/or x-ray films which included genetic test or genetic testing information as defined in A.R.S. Section 12-2801, further disclosure of the test information and results is prohibited under Arizona law without the specific written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by law.

In addition, if you received any medical records and/or for x-ray films which included confidential HIV-related information or confidential communicable disease-related information as defined in A.R.S. Section 36-661, the following notice on redisclosure applies under Arizona law:

**THIS INFORMATION HAS BEEN DISCLOSED TO YOU FROM CONFIDENTIAL RECORDS WHICH ARE PROTECTED BY STATE LAW THAT PROHIBITS FURTHER REDISCLOSURE OF THE INFORMATION WITHOUT THE SPECIFIC WRITTEN CONSENT OF THE PERSON TO WHOM IT PERTAINS OR AS OTHERWISE PERMITTED BY LAW. A.R.S. SECTION 36-664 (G).**

Further, if you received any medical records and/or x-ray films which included confidential alcohol or drug abuse-related information as defined in 42 CFR Section 2.1 et seq., the following notice on redisclosure applies under the federal law.

**THIS INFORMATION HAS BEEN DISCLOSED TO YOU FROM RECORDS PROTECTED BY FEDERAL CONFIDENTIALITY RULES (42 CFR PART II). THE FEDERAL RULES PROHIBIT YOU FROM MAKING ANY FURTHER DISCLOSURE OF THIS INFORMATION UNLESS FURTHER DISCLOSURE IS EXPRESSLY PERMITTED BY THE WRITTEN CONSENT OF THE PERSON TO WHOM IT PERTAINS OR AS OTHERWISE PERMITTED BY 42 CFR PART II. A GENERAL AUTHORIZATION FOR THE RELEASE OF MEDICAL OR OTHER INFORMATION IS NOT SUFFICIENT FOR THIS PURPOSE. THE FEDERAL RULES RESTRICT ANY USE OF THE INFORMATION TO CRIMINALLY INVESTIGATE OR PROSECUTE ANY ALCOHOL OR DRUG ABUSE PATIENT.**