



SURGEONS
CIRUJANOS:

Dr. Tracey Knott, DO, FAOCO
Dr. Homan Mostafavi, DO, FAOCO
Dr. Shilpa Vishwanath, MD, MS
Dr. Brian Trainor, DO, FAOCO

ADVANCED PRACTICE CLINICIANS:
PRÁCTICA AVANZADA CLÍNICOS:

Li Li, FNP-BC
James Grosek, PA-C
Nicole Reed, MPAS, PA-C, RDN

HEARING DEPARTMENT:
ESCUCHANDO DEPARTAMENTO:

Dr. Briana Thornton, AuD
Dr. Elizabeth Palmer, AuD

ENTICARE PC HIPAA MEDICAL RELEASE FORM AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION

FORMULARIO DE COMUNICACIÓN MÉDICA DE ENTICARE PC HIPAA AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

I authorize _____ to disclose the following information from the health records of:
Autorizo a _____ (Name of clinic, individual, etc.) a divulgar la siguiente información de los registros médicos de:
(Nombre de la clínica, individuo, etc.)

_____ Patient Name (Please print first/last name) Nombre del paciente (escriba en letra de imprenta el nombre / apellido)	_____ (If Applicable) Legal Guardian's Name (Si corresponde) Nombre del tutor legal
_____/_____/_____ Patient's Date of Birth (MM/DD/YY) Pacientes Fecha de nacimiento (MM / DD / AA)	(_____) _____ Phone Number Número de teléfono
_____ Street Address Dirección	
_____ City / State / Zip Ciudad / Estado / Código postal	(_____) _____ Fax Fax

I authorize the following person (or class of persons) to receive my Protected Health Information (PHI):
Autorizo a la siguiente persona (o clase de personas) a recibir mi información médica protegida (PHI):

_____ Name (Please print) Nombre (en letra de imprenta)	(_____) _____ Phone Number Número de teléfono
_____ Street Address Dirección	
_____ City / State / Zip Ciudad / Estado / Código postal	(_____) _____ Fax Fax

INFORMATION TO BE RELEASED (check as applicable):

- Allergy Records Sleep Records Audiology Records Aesthetic Records Consultations Developmental/Behavioral
- Discharge Summary Drug/Alcohol Treatment Genetic Testing HIV/AIDS History & Physical Hospital Records & Reports
- Immunizations Surgical Reports Laboratory Reports Prescriptions Psychiatric Sexual Assault Sexually Transmitted Disease
- Treatment or Tests X-Ray Reports Other Communicable Disease Other (Specify): _____
- OR - ENTIRE RECORD **excluding** the following (CIRCLE as applicable): Sexually Transmitted Disease HIV/AIDS
- Other Communicable Diseases Genetic Testing Developmental/Behavioral Health Care/Psychiatric Care
- Treatment of Alcohol and/or Drug Abuse Information about Child Abuse/Neglect

INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ (marque según corresponda): Registros de alergias Registros de sueño Registros de audiología Registros estéticos Consultas Desarrollo / comportamiento Resumen del alta Tratamiento por drogas / alcohol Pruebas genéticas VIH/ SIDA Historial y examen físico Registros hospitalarios y Informes Vacunas Informes quirúrgicos Informes de laboratorio Recetas Psiquiátricas Agresión sexual Sexualmente Enfermedad transmitida Tratamiento o pruebas Informes de rayos X Otra enfermedad transmisible Otra (especifique): _____ - O - REGISTRO COMPLETO **excluyendo** lo siguiente (CIRCULE según corresponda): Enfermedad de transmisión sexual VIH/ SIDA Otro Enfermedades transmisibles Pruebas genéticas Atención de salud del desarrollo / conductual / Atención psiquiátrica Tratamiento de Abuso de alcohol y / o drogas Información sobre abuso / negligencia infantil

For the following date(s) of service:
Para las siguientes fechas de servicio:

From (MM/DD/YYYY): _____ / _____ / _____
Desde (DD / MM / AAAA)

To (MM/DD/YYYY): _____ / _____ / _____
Hasta (DD / MM / AAAA)

Will automatically expire in sixty (60) days
Caducará automáticamente en sesenta (60) días

Purpose of Disclosure (Check applicable categories):
Propósito de la divulgación (marque las categorías aplicables):

- Treatment Research Medical Hardship Waivers Legal Investigation or Action Insurance Eligibility/Benefits
 Other (Specify): _____
 Tratamiento Investigación Exenciones por dificultades médicas Investigación o acción legal Seguro Elegibilidad / Beneficios
 Otro (especifique): _____

I understand information in my health record may include information relating to Sexually Transmitted Disease, Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), Human Immunodeficiency Virus (HIV) and other communicable diseases, genetic testing, Developmental/Behavioral Health/Psychiatric Care, and treatment of alcohol and/or drug abuse. My signature authorizes such release as indicated above.

I understand that the information disclosed by this authorization may be subject to redisclosure by the recipient and no longer protected by the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 or other applicable federal and state law. However, redisclosure by school officials may be subject to student education records privacy laws. I understand that if I agree to sign this authorization, I may keep a signed copy of the form. I understand that I am under no obligation to sign this form and that the person(s) and/or organization(s) listed above who I am authorizing

to use and/or disclose my information may not condition treatment, payment, enrollment in a health plan or eligibility for health care benefits on my decision to sign this authorization. However, if my treatment is related to my participation in a research study, I understand that I may be refused treatment if I do not sign this Authorization.

I may revoke this authorization at any time providing I notify in writing to that effect. I understand that any release which was made prior to my revocation in compliance with this authorization shall not constitute a breach of my right to confidentiality. I understand that a photocopy of this authorization is considered acceptable in lieu of the original.

I have read and understood the terms of this Authorization and I have had a chance to ask questions about the use or disclosure of my health information. I authorize the named entity above (page 1) to use or disclose my health information in the manner described above.

SIGNATURE: _____ DATE: _____

Description of Authority to sign if personal/legal representative: _____

Identity of requestor verified via: Photo ID Matching Signature Other: _____

Entiendo que la información de mi expediente médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y otras enfermedades transmisibles, enfermedades, pruebas genéticas, salud del desarrollo / del comportamiento / atención psiquiátrica y tratamiento de alcohol y / o drogas. Mi firma autoriza dicha divulgación como se indica arriba.

Entiendo que la información divulgada por esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no está protegido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 u otra ley federal aplicable ley estatal. Sin embargo, la nueva divulgación por parte de los funcionarios escolares puede estar sujeta a las leyes de privacidad de los registros educativos del estudiante.

Entiendo que si acepto firmar esta autorización, puedo quedarme con una copia firmada del formulario. Entiendo que soy sin obligación de firmar este formulario y que la (s) persona (s) y / u organización (es) enumeradas anteriormente a quienes autorizo usar y / o divulgar mi información no puede condicionar el tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para los beneficios de atención médica en mi decisión de firmar esta autorización. Sin embargo, si mi tratamiento está relacionado con mi participación en un estudio de investigación, entiendo que se me puede negar el tratamiento si no firmo esta Autorización.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento siempre que lo notifique por escrito. Entiendo que cualquier lanzamiento que se hizo antes de mi revocación de conformidad con esta autorización no constituirá una infracción de mi derecho a la confidencialidad. Entiendo que una fotocopia de esta autorización se considera aceptable en lugar de original.

He leído y entendido los términos de esta autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso o divulgación de mi información médica. Autorizo a la entidad nombrada arriba (página 1) a usar o divulgar mi salud información de la manera descrita anteriormente.

FIRMA: _____ FECHA: _____

Descripción de la autoridad para firmar si es representante personal / legal: _____

IDENTIDAD DEL SOLICITANTE VERIFICADA A TRAVÉS DE: Identificación con foto Firma coincidente Otro: _____

GILBERT LOCATION:

3367 E. Mercy Rd., Ste. 205A
Gilbert, AZ 85297
P: (480) 214-9000
F: (480) 214-9999

CHANDLER LOCATION:

2051 W. Chandler Blvd., Ste. 5
Chandler, AZ 85224
P: (480) 214-9000
F: (480) 889-1859

CASA GRANDE LOCATION:

1968 N. Peart Rd, Ste. 20
Casa Grande, AZ 85122
P: (520) 509-1331
F: (520) 509-1417

DEER VALLEY LOCATION:

19841 N. 27th Ave, Ste. 301
Phoenix, AZ 85027
P: (480) 214-9000
F: (623) 388-4278

GLENDALE LOCATION:

17215 N. 72nd Dr., Bldg. D, Ste. 140A
Glendale, AZ 85308
P: (480) 214-9000
F: (623) 322-5599

SCOTTSDALE LOCATION:

7301 E. 2nd St., Ste. 308
Scottsdale, AZ 85251
P: (480) 214-9000
F: (480) 214-9999