



INFORMACIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO

Fecha de hoy: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de Seguro Social: _____ Sexo: Femenino Masculino

Pronombres que prefiere usar: _____

Según corresponda: Identidad de género: _____ Orientación sexual: _____

Dirección residencial: _____ Apartamento N°: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

El paciente vive con: _____ Número de teléfono de preferencia: _____

Dirección de email: _____ Idioma de preferencia: _____

Custodia: Exclusiva Conjunta Custodia del estado por DCS Tutela

INFORMACIÓN DE LOS PADRES

Nombre de la madre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección (si es distinta a la del paciente): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Parentesco: Por consanguinidad Por afinidad Por adopción

Estado civil: Soltera Casada Separada Divorciada Viuda

Ocupación: _____ Empleador: _____

Dirección del empleador: _____ Número de teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre del padre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección (si es distinta a la del paciente): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Parentesco: Por consanguinidad Por afinidad Por adopción

Estado civil: Soltero Casado Separado Divorciado Viudo

Ocupación: _____ Empleador: _____

Dirección del empleador: _____ Número de teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____



INFORMACIÓN DE SEGURO

Seguro principal: _____

Número de identificación de la póliza: _____ Número de grupo: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Parentesco con el paciente: _____ Número de Seguro Social: _____

Empleador: _____

Seguro secundario: _____

Número de identificación de la póliza: _____ Número de grupo: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Parentesco con el paciente: _____ Número de Seguro Social: _____

Empleador: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Parentesco: _____

Dirección: _____ Apartamento N°: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Amigo/pariente más cercano en Phoenix: _____

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Médico anterior del paciente: _____ Número de teléfono: _____

Farmacia de preferencia: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____ Número de fax: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿Quién lo recomendó? _____

Reconozco que la información anteriormente mencionada es verdadera según mi leal saber y entender y mediante el presente documento autorizo a Horizon Health and Wellness a examinar y tratar a mi hijo cuando sea necesario. Comprendo que el tratamiento y atención puede incluir atención de rutina, pruebas de laboratorio y una serie de servicios que se consideren médicamente necesarios. Al estampar mi firma a continuación, otorgo mi consentimiento para que se dé cualquier tratamiento o procedimiento médico que el personal profesional de Horizon Health and Wellness considere necesario.

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha

HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO

Fecha de hoy: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

HISTORIAL DEL NACIMIENTO:

Lugar de nacimiento: _____ Tipo de nacimiento: Vía vaginal Cesárea

Peso: _____ Longitud: _____ Puntaje Apgar: _____

Problemas durante el embarazo: _____

Problemas durante el trabajo de parto/parto: _____

¿Cuánto tiempo permaneció el bebé en el hospital después del nacimiento? _____

Peso en el alta hospitalaria: _____

Problemas del recién nacido (p. ej. ictericia, infección, etc.) _____

¿La madre fumó durante el embarazo? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, indique el número de cigarrillos al día: _____

¿La madre tomó bebidas alcohólicas durante el embarazo? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, indique la cantidad de bebidas al día: _____

¿La madre usó algún fármaco recetado o de venta libre durante el embarazo? Sí No

Número de embarazos: _____ Número de hijos que nacieron vivos: _____

Número de abortos espontáneos: _____

HISTORIAL DEL DESARROLLO:

¿A qué edad el niño logró lo siguiente por sí solo?

Sentarse: _____ Gatear: _____ Caminar: _____ Decir su primera palabra: _____

Decir su primera oración: _____ Controlar la vejiga durante el día: _____

Controlar la vejiga durante la noche: _____ Controlar la defecación: _____

Su primer diente: _____

¿Cuántos dientes tuvo el niño en su primer año? _____

¿Cómo cree que el desarrollo del niño se compara con el de su(s) hermano(s) o pares?

Casi igual

Más avanzado que los demás. Explique: _____

Más lento que los demás. Explique: _____

¿El niño pasó por algún período en el que no crecía? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, por favor explique: _____

RENDIMIENTO ACADÉMICO:

¿El niño está matriculado en la escuela? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿qué grado cursa? _____

¿Qué tal le va al niño en la escuela? Bien Más o menos Mal

¿Por lo general qué calificación obtiene? A B C D F

¿Alguna vez el niño ha repetido de grado? Sí No

¿Alguna vez el niño se ha saltado un grado? Sí No

¿Alguna vez el niño ha asistido a educación especial? Sí No

¿Cuál es la actitud del niño con respecto a la escuela? _____

¿Qué opina del rendimiento académico del niño? _____

HISTORIAL FAMILIAR:

Nombre	Género	Fecha de nacimiento
Padre del paciente:	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Madre del paciente:	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Hermano (a) del paciente:	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Hermano (a) del paciente:	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Hermano (a) del paciente:	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Hermano (a) del paciente:	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Hermano (a) del paciente:	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Hermano (a) del paciente:	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	

¿Alguno de los hermanos o hermanas del niño falleció? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, indique la edad y la causa de muerte: _____

Madre: Edad: _____ Nivel educativo: _____ Difunta: Sí No

Historial de:

- Asma Alergias Epilepsia Ataques Convulsiones
- Cáncer Diabetes Enfermedad de células falciformes Enfermedad de los riñones
- Tuberculosis Retardo mental Presión arterial alta
- Colesterol alto Otro: _____

Abuela materna: Edad: _____ Nivel educativo: _____ Difunta: Sí No

Historial de:

- Asma Alergias Epilepsia Ataques Convulsiones
- Cáncer Diabetes Enfermedad de células falciformes Enfermedad de los riñones

- Tuberculosis Retardo mental Presión arterial alta
 Colesterol alto Otro: _____

Abuelo materno: Edad: _____ Nivel educativo: _____ Difunto: Sí No

Historial de:

- Asma Alergias Epilepsia Ataques Convulsiones
 Cáncer Diabetes Enfermedad de células falciformes Enfermedad de los riñones
 Tuberculosis Retardo mental Presión arterial alta
 Colesterol alto Otro: _____

Padre: Edad: _____ Nivel educativo: _____ Difunto: Sí No

Historial de:

- Asma Alergias Epilepsia Ataques Convulsiones
 Cáncer Diabetes Enfermedad de células falciformes Enfermedad de los riñones
 Tuberculosis Retardo mental Presión arterial alta
 Colesterol alto Otro: _____

Abuela paterna: Edad: _____ Nivel educativo: _____ Difunta: Sí No

Historial de:

- Asma Alergias Epilepsia Ataques Convulsiones
 Cáncer Diabetes Enfermedad de células falciformes Enfermedad de los riñones
 Tuberculosis Retardo mental Presión arterial alta
 Colesterol alto Otro: _____

Abuelo paterno: Edad: _____ Nivel educativo: _____ Difunto: Sí No

Historial de:

- Asma Alergias Epilepsia Ataques Convulsiones
 Cáncer Diabetes Enfermedad de células falciformes Enfermedad de los riñones
 Tuberculosis Retardo mental Presión arterial alta
 Colesterol alto Otro: _____

¿Alguno de los otros parientes consanguíneos del niño tienen antecedentes de las enfermedades anteriormente mencionadas? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, por favor indique el parentesco y la enfermedad: _____

ANÁLISIS DE LOS SISTEMAS CORPORALES

¿Cómo está el estado de salud general del niño? Bien Más o menos Mal

¿El niño tiene alguna alergia a los alimentos, medicamentos o polen? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, por favor enumérelas: _____

Indique si el niño ha tenido algún problema en las siguientes áreas:

- Asma Problemas conductuales/de disciplina Huesos/articulaciones
 Tos Nutrición Digestión Náuseas Vómitos Diarrea
 Ir al baño Oídos Audición Epilepsia Convulsiones Ataques

- Ojos Visión Pies Corazón Presión arterial
- Coloración azul en la piel Infecciones Pulmones Respiración Piel
- Eczema Acné Dermatitis de contacto Dientes Orina
- Riñones Infecciones urinarias Incontinencia urinaria/fecal
- Reproductivo Dolores menstruales Testículos
- Enfermedades/infecciones de transmisión sexual
- Otro: _____

ENFERMEDADES U HOSPITALIZACIONSE PREVIAS:

¿Nos ha entregado una copia del historial de vacunación del niño? Sí No

****Si la respuesta es negativa, por favor entregue una copia del historial de vacunación del niño**.**

¿El niño alguna vez ha tenido lo siguiente?

- Sarampión Paperas Rubeola Varicela Covid-19 Otro: _____

¿El niño alguna vez ha sido hospitalizado? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿por qué? _____

MEDICAMENTOS:

Indique los medicamentos con receta que actualmente toma el niño:

Medicamento:	Dosis y frecuencia:	Prescrito por:

¿El niño toma algún medicamento de venta libre? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, por favor enumérelos: _____

ASPECTO SOCIAL:

Los padres biológicos están:

- Casados Separados Divorciados Nunca se casaron Viviendo juntos
- Otro: _____

Si corresponde, la visita/relación con el padre/madre que no tiene la custodia: _____

¿El niño tiene padrastro/madrastra? Sí No Hermanastro(a)? Sí No

¿El niño va al jardín de infantes, guardería o lo cuida la niñera de forma regular? Sí No

¿Quién vive en casa con el niño? (Escriba el nombre, edad, parentesco y cualquier problema de salud)

¿Ha habido algún cambio o estrés importante y reciente en la vida del niño? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, explique: _____



AUTORIZACIÓN PARA DAR TRATAMIENTO Y ACUSE DE RECIBO DE LA INFORMACIÓN

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ N.º de expediente médico: _____
(En letra de imprenta) (dd/mm/aaaa)

Por medio del presente, autorizo a Horizon Health and Wellness (HHW) para que realice evaluaciones y servicios de rutina según se considere necesario o se aconseje por motivos médicos para el diagnóstico o el tratamiento/la atención. Comprendo que este consentimiento será válido durante un año o hasta que lo retire.

Acepto participar en el proceso de planificación de mi tratamiento en la medida de mis posibilidades y comprendo que tengo derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Si rechazo algún tratamiento, HHW trabajará conmigo para formular recomendaciones aceptables, incluida una segunda opinión, o se harán las derivaciones que correspondan para el tratamiento que necesito. Comprendo que HHW funciona como un equipo de tratamiento, lo que significa que mi atención se coordinará entre el personal de HHW según se indique. También entiendo que HHW recurre a la supervisión/consulta con respecto a cuestiones clínicas en la medida necesaria para asegurar una atención adecuada desde el punto de vista clínico a fin de actuar dentro del marco de las leyes que rigen a los profesionales de la salud conductual.

Comprendo que en ocasiones poco frecuentes, como un posible conflicto de intereses, puede ser necesario poner fin a las relaciones con algún miembro del personal de HHW. Si esto ocurriera, me avisarán sobre esta medida y me derivarán a otro miembro del personal. Comprendo que no hay garantía de que los servicios de tratamiento ofrecidos serán beneficiosos para mí. Además, me han informado de que, en caso de que se receten o administren medicamentos, estos pueden ser eficaces o no, y que, en un número reducido de situaciones, incluso pueden tener efectos secundarios graves. Es posible que tenga una reacción adversa a dicho medicamento y es mi responsabilidad informar a las personas que participan en mi tratamiento sobre los efectos del medicamento.

Comprendo que toda la información recabada en el transcurso del tratamiento en HHW es confidencial. Sin embargo, la información podrá divulgarse sin mi consentimiento en casos de emergencia médica, peligro para mí o para otras personas, sospecha de maltrato o abandono de un menor o de un adulto vulnerable, orden judicial, exigencias de una reclamación de facturación del seguro, auditoría y evaluación del programa, y cuando se exija legalmente.

Comprendo que al firmar abajo doy mi consentimiento para recibir los servicios de HHW. Comprendo que solo el paciente, los padres o el tutor legal (o alguien a quien los padres o el tutor legal hayan delegado sus facultades en relación con el cuidado o la custodia del [de los] menor[es] según se demuestre mediante la documentación legal oficial) pueden dar su consentimiento para recibir los servicios, y he proporcionado la documentación al respecto en caso de corresponder. Si cualquier tratamiento/servicio propuesto es de naturaleza especializada y tiene riesgos asociados, dichos riesgos se comentarán de forma verbal conmigo y se detallarán en un formulario aparte que deberé firmar.

Comprendo que el consentimiento es voluntario y puede retenerse o retirarse en cualquier momento.

Al poner mis iniciales en CADA LÍNEA de abajo y al firmar este formulario, doy mi consentimiento para recibir el tratamiento o los servicios, y acepto que me han proporcionado y explicado los documentos de abajo.

_____ Aviso sobre prácticas de privacidad de HHW (en vigor desde el 11 de abril de 2003; revisado el 11 de febrero de 2021)

_____ Derechos del paciente de HHW (en vigor desde el 12 de abril de 2000; revisado el 11 de julio de 2018)

_____ Aviso sobre prácticas de información de salud con respecto a la participación de HHW en la central de información de salud (Health Information Exchange)

_____ Sitio web para obtener el Manual de afiliados de los planes de salud de atención integral del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (Arizona Health Care Cost Containment System, AHCCCS)

- Arizona Complete Health Banner University Family Care Care 1st Magellan Complete Care
- Mercy Care Health Choice Arizona United Healthcare Community Plan

_____ Divulgación de la información

_____ Nombre del paciente (en letra de imprenta)

_____ Firma del paciente y fecha

_____ Nombre del padre/de la madre/del tutor legal del paciente (si corresponde)

_____ Firma del padre/de la madre/del tutor legal del paciente y fecha

_____ Nombre del miembro del personal (testigo)

_____ Firma del miembro del personal y fecha



FORMULARIO DE INFORMACIÓN FINANCIERA

Gracias por escogernos como su proveedor. Nuestro compromiso es brindarle una atención asequible y de calidad. Le pedimos a todos los pacientes de Horizon Health and Wellness que revisen y firmen esta política y hagan las preguntas necesarias. A solicitud, cada paciente recibirá una copia.

1. Seguro: aceptamos asignaciones y participamos en la mayoría de los planes de seguro. Si no participamos en su seguro, se esperará que realice el pago en su totalidad en cada cita. Es su responsabilidad conocer los beneficios que le brinda su seguro. Comuníquese con su aseguradora si tiene alguna pregunta con respecto a su cobertura a fin de que reciba el beneficio máximo. Si se niega a participar en cualquier aspecto de la evaluación de seguro de salud según AHCCCS (Título XIX/XXI) y el proceso de derivación establecido por AHDS, que incluye negarse a inscribirse en Medicare, Parte D o Medicaid, para los que es elegible, AHCCCS rechazará o revocará el pago y usted será personal y completamente responsable de pagar todos los servicios.
2. Pago del paciente: todos los copagos y deducibles deberán pagarse al momento de recibir los servicios, a menos que se llegue a otro acuerdo durante su cita.
3. Inscripción: todos los pacientes nuevos deberán completar el Formulario de inscripción, el cual se ingresará a nuestra computadora para mantener información precisa y realizar una facturación adecuada. A los pacientes actuales se les pedirá que verifiquen un documento impreso con la información que figura en nuestro sistema de cómputo y hagan cualquier modificación necesaria. En cada cita, tendrá que entregar una copia de su licencia de conducir (u otro documento de identidad con foto) y la tarjeta de seguro vigente como prueba de su seguro. Si no cumple con brindarnos la información de seguro correcta o cambia de seguro y no cumple con avisarnos de manera oportuna, posiblemente sea responsable de pagar el saldo de la reclamación. La mayoría de las compañías de seguro tienen restricciones respecto de la presentación de reclamaciones. Si no se recibe una reclamación dentro de los 30 días de la fecha de la prestación de servicios, esta puede ser considerada inadmisibles para pago y usted será responsable de pagar el saldo.
4. Reclamaciones: presentaremos sus reclamaciones y lo ayudaremos de la manera que podamos, dentro de lo razonable, para que sus reclamaciones sean pagadas. Su compañía de seguros tal vez no acepte información de nuestra oficina y puede que necesite información de usted. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud. Sepa que usted es responsable del saldo de su reclamación ya sea que su compañía de seguro pague por él o no. Su beneficio de seguro es un contrato entre la compañía de seguro y usted; nosotros no somos una parte de dicho contrato.
5. Crédito y cobranzas: si su cuenta tiene más de 90 días de vencida, recibirá una carta donde se le informará que tiene 20 días para pagar la totalidad de su cuenta. No se aceptarán pagos parciales, a menos que se negocie de otro modo. Sepa que, si hay un saldo impago, la política de esta oficina es dar de alta de la práctica al paciente y posiblemente a los familiares inmediatos. En ese momento, se le avisará por correo regular y certificado que tiene 30 días para encontrar una atención alternativa. Durante ese período de 30 días, nuestro personal podrá tratarlo solo en casos de emergencia.
6. Escala móvil de honorarios: nos esforzamos por ayudar a los pacientes independientemente del estado de su seguro. Si no tiene seguro o tiene un proveedor de seguro fuera de la red, ofrecemos una escala móvil de honorarios por los servicios la cual se basa en sus ingresos. Antes del inicio de la prestación de servicios, comprendo que recibiré un Acuerdo de honorarios con respecto al monto que seré responsable de pagar.

Gracias por comprender nuestra política financiera. Háganos saber si tiene alguna pregunta o inquietud.

He leído y comprendo la política financiera y acepto cumplir sus directrices.

Nombre en imprenta del paciente (o tutor legal)

Firma del paciente (o tutor legal)

Fecha



**FORMULARIO DE SOLICITUD DE
EXPEDIENTES MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA**

Información del paciente:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección del paciente: _____ Número de teléfono del paciente: _____

La información se divulgará de:

Nombre de la organización: _____

Dirección de la organización: _____

Número de teléfono de la organización: _____

Número de fax de la organización: _____

La información se divulgará a:

Nombre de la organización: _____

Dirección de la organización: _____

Número de teléfono de la organización: _____

Número de fax de la organización: _____

Propósito de esta solicitud:

Coordinación y atención continua: el paciente actualmente recibe servicios de atención primaria en Horizon Health.

Tipo de información que será divulgada:

- Expedientes médicos generales, excepto los expedientes protegidos
- Todos los expedientes – Incluyendo la información protegida por la ley estatal/federal (SIDA/VIH y otra información de enfermedades contagiosas, atención psiquiátrica/de salud conductual, tratamiento contra la dependencia a los fármacos y al alcohol)
- Otros expedientes. Especifique: _____

Caducidad:

Esa autorización caducará una vez finalizada, a menos que sea revocada por el paciente o el tutor.

Firma del paciente o tutor:

Comprendo que la autorización de la divulgación de la información es voluntaria. No tengo que firmar este formulario para asegurar el tratamiento de la atención médica.

Firma del paciente o tutor

Fecha

Nombre de la parte firmante en letra de imprenta



AUTORIZACIÓN PARA LA COMUNICACIÓN Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Por la presente autorizo el uso y la divulgación de mi información de salud protegida (PHI) de la siguiente manera:

Nombre completo del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la persona autorizada y vínculo (si procede): _____

Autorizo a Horizon Health and Wellness a divulgar información escrita o verbal a:

Nombre/Organización: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ E-mail: _____

SI ESTA DIVULGACIÓN AUTORIZA UN INTERCAMBIO BIDIRECCIONAL DE INFORMACIÓN ENTRE LAS PARTES MENCIONADAS, EL PACIENTE/PERSONA AUTORIZADA DEBE PONER SUS INICIALES AQUÍ _____.

Finalidad del uso o la divulgación: Uso personal Legal Coordinación de cuidados Otra: _____

Información que puede divulgarse (marque todo lo que corresponda):

- Expediente de salud conductual Evaluaciones/valoraciones Notas de evolución del PCP
- Historia clínica Planes de tratamiento/servicio Antecedentes y examen físico
- Información sobre el VIH/SIDA Listas de medicamentos Informe(s) de la consulta
- Información sobre dependencia a las drogas y alcohol Informes de laboratorio/patología
- Otra: _____

Método de entrega: Fax Correo postal Email (cifrado/seguro) Recojo en la oficina (se requiere una ID con foto)

VENCIMIENTO: Si no se revoca previamente, este consentimiento quedará sin efecto un año después de la fecha de la firma.

Fecha de vencimiento: _____

RESTRICCIONES: La información de salud protegida que se divulga en virtud de esta autorización sigue siendo confidencial. El destinatario de esta información no puede volver a divulgarla sin la autorización por escrito del paciente o de la persona que toma las decisiones sobre la atención médica del paciente, a menos que la ley disponga lo contrario, ARS §12-2294 (F). Las leyes federales (42 CFR Parte 2) y estatales (ARS 36-664) prohíben cualquier otra divulgación de informes sobre el abuso de sustancias o la salud relacionada con el VIH. Este formulario no puede utilizarse para divulgar notas de psicoterapia en combinación con otros tipos de información de la salud (42 CFR 164.508(b)(ii)). Si este formulario se utiliza para autorizar la divulgación de notas de psicoterapia, se debe utilizar uno por separado para autorizar la divulgación de cualquier otra información de salud protegida.

SUS DERECHOS: Entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización. Mi negativa a firmar no afectará a mi capacidad para obtener tratamiento o un pago, ni a mi derecho de recibir beneficios. Puedo inspeccionar o copiar cualquier información utilizada o divulgada en virtud de esta Autorización, a menos que esté contraindicada según la opinión de mi psiquiatra. Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización. Entiendo que la información divulgada en virtud de esta autorización puede ser objeto de una nueva divulgación por parte del destinatario y dejar de estar protegida por la Ley de Portabilidad y Rendición de Cuentas del Seguro Médico de 1996. HHW, sus empleados, funcionarios y médicos quedan exentos de cualquier responsabilidad legal por la divulgación de la información que se detalla arriba.

SOBRE LA REVOCACIÓN DE ESTA AUTORIZACIÓN: Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento. La revocación debe hacerse por escrito y estar firmada por mí o por la parte legalmente responsable en mi nombre. Mi revocación tendrá efecto a partir de su recepción, pero no entrará en vigor en la medida en que la parte solicitante o a otros hayan actuado con base en esta Autorización y ya hayan realizado divulgaciones.

Con mi firma, autorizo a Horizon Health and Wellness (HHW) o a un agente a divulgar la información contenida en la historia clínica y el historial financiero del paciente identificado arriba, que incluye información que puede estar almacenada en papel o en formato electrónico.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma de la persona autorizada, si procede: _____ **Fecha:** _____

OFFICE USE ONLY:	
Identity of Requestor Verified by: <input type="checkbox"/> Photo ID <input type="checkbox"/> Matching Signature <input type="checkbox"/> Other: _____	
Verified by (staff printed name): _____	Date: _____ Time: _____ AM/PM