

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Esta autorización otorga permiso a la parte nombrada a continuación para recibir todas y cada una de las comunicaciones (comunicación telefónica, mensajes del contestador automático, así como cualquier otro medio común de comunicación, incluidas las comunicaciones digitales), registros médicos (que incluyen, entre otros: información y programación de citas, registros de evaluación y tratamiento (incluidos diagnósticos de salud mental, genética, consumo de sustancias y VIH), radiología, patología, laboratorio o cualquier otro resultado de una prueba, información sobre medicamentos (incluido el recoger medicamentos/recetas no narcóticos), planes de diagnóstico y tratamiento, e información financiera.

Por la presente autorizo al consultorio, a mi proveedor, a su personal y/o su designado a utilizar y divulgar mi información de salud individualmente identificable como se describe anteriormente. Entiendo que esta autorización es voluntaria. Entiendo que mi proveedor de atención médica no puede garantizar que el destinatario no divulgue mi información médica a un tercero. Es posible que no se requiera que un tercero cumpla con esta autorización o con las leyes federales y estatales que rigen el uso y la divulgación de mi información médica. Por la presente libero a todas las partes de cualquier / toda responsabilidad legal que pueda surgir de la divulgación de esta información a la parte nombrada.

PARTE NOMBRADA: _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

Entiendo que esta autorización vencerá un año después de la fecha de la firma, a menos que se revoque. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando al consultorio por escrito. Sin embargo, si revocó la autorización, no tendrá efecto sobre cualquier acción tomada por el consultorio, el proveedor, el personal o su designado antes de recibir la revocación.

Nombre del paciente en letra imprenta

Fecha de nacimiento

Firma del paciente

Fecha