PROVIDA HEALTH CENTER, SC

AUTORIZACIÓN DE PACIENTE A LA PRÁCTICA PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD A TERCERAS PERSONAS

Al firmar esta autorización, yo autorizo a Provida Health Center, SC ("la práctica) para utilizar y/o divulgar información de salud protegida (ISP) sobre mí a las personas aquí nombradas:

1._____ 2._____

3._____ 4._____

Esta autorización le permite a la práctica usar o divulgar la siguiente información:

☐ Todo el Historial Medico	☐ Reportes de Cardiologia y EKG
☐ Vacunas	☐ Reportes de Laboratorio y Patologia
☐ Reportes de Procedimientos	☐ Reportes de Radiologia/Rayos-X/MRI
☐ Horario y Razones de Visitas	☐ Notas del Medico

Otro: _____

Esta autorización expirará: _____ ☐ Sin fecha de vencimiento.

Cuando se usa o divulga conforme esta autorización mi información, puede ser sujeta a una nueva divulgación por el recipiente y dejaría de ser protegida por la ley federal HIPAA Regla de Privacidad. Tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito excepto en la medida en que la práctica ha actuado basándose en esta autorización. Mi revocación escrita debe ser presentada a un represéntate debidamente autorizado de la práctica y en sus oficinas de Grayslake, IL.

☐ No autorizo a Provida Health Center, SC ("la práctica") para utilizar y/o divulgar información de salud protegida (ISP) sobre mí.

Firmado por: _____ _____

Firma del Paciente o Guardián Legal — Relación al Paciente

_____ _____

Nombre del Paciente — Fecha

_____

Nombre del Paciente o Guardián Legal