

Autorización para la Divulgación de Información de Salud Protegida a Miembros de la familia/tutor legal

Nombre Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

1. Authorization

Yo, autorizó a Central Florida Rheumatology Consultants y a sus representantes divulgar mi información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) a la(s) siguiente(s) persona(s):

Nombre(s) de los miembros de la familia(s):

2. Tipo de información

(Iniciar junto a cada tipo de información que autoriza a divulgar)

____ Información médica general (diagnostico/tratamiento médico)

____ Reporte de laboratorios

____ Información de facturación y seguro

____ Citas y programación de citas

____ Dejar mensajes de voz para los miembros de la familia con PHI si así lo solicitan.

____ Otro: _____

3. Vencimiento de la autorización

Esta autorización es valida:

Hasta que se revoque por escrito

Hasta la siguiente fecha o evento: _____

4. Derecho de revocación

Yo, comprendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento con una solicitud por escrito a Central Florida Rheumatology Consultants. La revocación no se aplicará a la información ya divulgada en virtud de esta autorización.

5. Reconocimiento y firma

Yo comprendo que:

- No estoy obligado a firmar esta autorización para recibir tratamiento.
- La información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegida por la HIPAA.
- Tengo el derecho de inspeccionar o copiar la información que se va a divulgar.
-

Firma del paciente o representante legal: _____

Nombre impreso: _____

Relación con el paciente (if applicable): _____

Fecha: _____

USTED TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO

Autorización de HIPAA para la divulgación de información
Este formulario no constituye asesoramiento legal y cubre solo las leyes federales, no estatales.