



AUTORIZACION HIPAA PARA DIVULGACION DE INFORMACION MÉDICA

****Toda la forma debe ser completada para ser considerada válida****

Información del paciente:

Nombre del Paciente /Nombres Previos _____

Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Autoriza:

Entregar a:

Nombre del Proveedor de Cuidados Salud / Plan / Otro _____

Nombre del Proveedor de Cuidados Salud / Plan / Otro _____

Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal _____

Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal _____

Teléfono / Número de Fax _____

Teléfono / Número de Fax _____

Formato copia a ser provisto: papel electrónica como: acceso seguro al portal invitar a correo electrónico en archivo OR en CD

Información a ser divulgada: *** Nevada Orthopedic & Spine Center solo propiedad ***

<input type="checkbox"/> Visitas a la Oficina	<input type="checkbox"/> Reportes de Procedimientos	<input type="checkbox"/> Fechas de Servicio: _____ a _____
<input type="checkbox"/> Imágenes Rayos-X Oficina (Aplica cargo \$15.00)	<input type="checkbox"/> Resultados Laboratorio	<input type="checkbox"/> Récores completos <input type="checkbox"/> Cuentas
<input type="checkbox"/> Consultas	<input type="checkbox"/> Resultados Diagnósticos	<input type="checkbox"/> Recetas Médicas
		<input type="checkbox"/> Otro (Especificar): _____

Propósito de la Liberación: _____

Entiendo que sí la persona(s) y/o organización(es) mencionadas anteriormente no son proveedores de cuidados de salud, planes de salud o Cámaras de Compensación de cuidados de salud, los cuales deben seguir estándares federales de privacidad, la información divulgada como resultado de esta autorización puedo no ser en lo sucesivo protegida por los estándares federales de privacidad y mi información de salud podría ser re-divulgada sin obtener mi autorización.

Sus derechos con respecto a esta autorización:

1) Entiendo que este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, con la excepción y en la medida que esta información haya ya ocurrido previo al recibo o revocación por el proveedor nombrado anteriormente. 2) Entiendo que sí una revocación por escrito no es recibida, esta autorización se considerará válida por un periodo de tiempo que no exceda de 12 meses de la fecha en que se firmó. Para iniciar la revocación de esta autorización, debo enviar mi pedido por escrito a la entidad que "Autoriza" más arriba. 3) Entiendo que una fotocopia de esta autorización es considerada tan válida como el original. 4) Entiendo que la información utilizada o divulgada de acuerdo a esta autorización puede ser transmitida electrónicamente y puede ser sujeta a re-divulgación por quien la recibe y podría no ser protegida por las Leyes Federales. 5) Entiendo que tengo el derecho de rehusarme a firmar esta autorización, estoy firmando la autorización voluntariamente y ese tratamiento, pago, inscripción, o elegibilidad para beneficios no podría ser un condicionante para obtener la autorización. 6) Tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización y cualquier record que se obtenga con su uso. 7) Entiendo que este consentimiento incluye la divulgación de: Alcohol, Abuso de Drogas y/o Récores Siquiátricos, Enfermedades de Transmisión Sexual e información de HIV/SIDA. 8) Tengo el derecho de inspeccionar o copiar la información de salud que he autorizado a ser utilizado o divulgada por este formulario de autorización. Yo podría arreglar la inspección de mi información de salud, u obtener copias de la información de mi salud, contratando un Oficial Privado.

Fecha de Expiración: Esta autorización es válida hasta las siguiente(s) fecha(s) _____ o por un año de la fecha de firma.

He tenido la oportunidad de revisar y entender el contenido de este formulario de autorización. Al firmar esta autorización, estoy confirmando que refleja mis deseos correctamente.

Firma del Paciente o Representante Legal: _____ **Fecha:** _____

Sí es firmado por otra persona que no es el paciente, seleccione autoridad y propvea documentación:

Guardián del niño menor de edad Poder Legal Representante de Herencia Fallecido Representante Adulto Incapacitado Otro

Testigo: _____