



AUTHORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

- Autorizo a Advanced Pain Care a divulgar información de mi registro médico como se describe en este formulario.
- Muchos de nuestros pacientes permiten que los miembros de la familia llamen y discutan información médica, soliciten resurtidos de recetas, registros médicos y resultados de pruebas, formularios de recogida, etc. Bajo los requisitos de HIPAA no podemos dar esta información a alguien sin el consentimiento del paciente. Si desea que se divulgue su información médica a familiares, debe firmar este formulario. Firmar este formulario solo dará su consentimiento para divulgar dicha información a las personas indicadas a continuación.

Nombre

Relación

Número de teléfono

Nombre

Relación

Número de teléfono

Marque todos que aplican a los nombrados arriba:

- En cuanto a cita, hora y fecha Discutir resultados de laboratorio Discutir resultados de imágenes
- Discutir la atención médica, un problema o inquietud Recojer medicamentos Recojer Formularios
- Discutir asuntos financieras

DERECHO A REVOCAR: Yo entiendo que me puedo retirar en cualquier momento mediante un aviso por escrito que indique mi intención de **TERMINAR** esta autorización para **Advanced Pain Care 2000 S. Mays St., Suite 201 Round Rock, TX 78664**. Yo entiendo que acciones previas tomadas en dependencia de esta autorización por entidades que tenían permiso a acceder mi historia clínica no serán afectadas. Entiendo que Advanced Pain Care no condicionará el tratamiento a si firmo esta autorización.

AUTORIZACIÓN DE FIRMA: He leído este formulario y acepto los usos y divulgaciones de la información como se describe. Entiendo que negarse a firmar este formulario no detiene la divulgación de mi información médica que ocurrieron antes de la revocación o que de otro modo está permitido por la la sin mi autorización o permiso específico, incluyendo las divulgaciones a entidades cubiertas según lo dispuesto por el Código de Salud y Seguridad de Texas 181.154(c) and/or 45 C.F.R. 164.502(a)(1). Entiendo que la información divulgada conforme a esta autorización puede ser sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no puede estar protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.

Esta autorización caducará en 1 año a partir de la fecha de la firma, a menos que se especifique otra fecha: _____

Firma del Paciente

Fecha

Representante Legal

Relación al Paciente

Testigo

Fecha