ADVANCED PAIN CARE

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA (PHI)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

- Autorizo a Advanced Pain Care y sus subespecialidades a liberar la información de mi historial médico tal y como se describe en este formulario.
- Muchos de nuestros pacientes permiten que familiares llamen y consulten información médica, soliciten la renovación de recetas, historiales médicos y resultados de pruebas, formularios de recogida, etc. Según los requisitos de HIPAA, no se nos permite proporcionar esta información a nadie sin el consentimiento del paciente. Si desea que alguna de sus informaciones médicas se facilite a familiares, debe firmar este formulario. Firmar este formulario solo dará consentimiento para facilitar dicha información a las personas indicadas a continuación.

Nombre	Relación	Número de teléfono

<u>Revisa todo lo que se aplica a los nombres anteriores:</u>

No establecer ninguna limitación a la divulgación de PHI a continuación resultará en autorización para facilitar todos los registros médicos.

☐ En cuanto a la cita, hora y fecha ☐ Comentar los resultados de laboratorio ☐ Comentar los resultados de las imágenes

☐ Habla sobre la atención médica, un problema o preocupación ☐ Recoger recetas ☐ Formularios de recogida

☐ Hablar sobre la información de facturación

DERECHO A REVOCAR: *Entiendo que puedo retirarme en cualquier momento dando un aviso por escrito en el que exponga mi intención de RESCINDIR esta autorización a* ***<u>Advanced Pain Care 2000 S. Mays St., Suite 201 Round Rock, TX 78664</u>****. Entiendo que las acciones previas tomadas en base a esta autorización por entidades que tenían permiso para acceder a mi historial médico no se verán 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 tal y como se describe. Entiendo que negarse a firmar este formulario no impide la publicación de registros médicos que haya ocurrido antes de la revocación o que esté permitida por ley sin mi autorización o permiso específico, incluyendo las divulgaciones a entidades cubiertas según lo dispuesto en el Código de Salud y Seguridad de Texas 181.154(c) y/o 45 C.F.R. 164.502(a)(1). Entiendo que la información publicada en virtud de esta autorización puede estar sujeta a nueva divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por las leyes federales o estatales de privacidad.*

Esta autorización caducará en 1 año desde la fecha de firma, salvo que se especifique otra fecha: _____

Firma del paciente	Fecha
Representante legalmente autorizado	Relación con el paciente