

Formulario de Autorización para la Divulgación de Salud Protegida

Al firmar este formulario, autorizó a divulgar información de salud protegida que se describen a continuación por teléfono, fax o correo

Nombre del Paciente: _____

La información se puede liberar esta autorización es la siguiente: (ejemplo: Fecha y hora de la cita, explicación de diagnostico o de procedimientos, fracturación, etc.)

Liberar mi información de salud protegida para las siguientes personas/entidad:

Nombre: _____ Relacion: _____

Nombre: _____ Relacion: _____

Nombre: _____ Relacion: _____

Esta autorización será vigente y efectivo hasta el siguiente evento, o fecha:

Entiendo que el derecho a revocar esta autorización por escrito, en cualquier momento mediante el envío de una notificación por escrito a la siguiente persona en la práctica:

Dani Hurtado, Gestor de Fracturación
1250 8th Avenue, Suite 570
Fort Worth, Tx 76104
Teléfono (817) 332-6667, Fax (817) 546-0946

Entiendo que una revocación no es eficaz hasta el punto de la práctica haya confiado en esta autorización en sus acciones. También, una revocación no es eficaz si esta autorización fue obtenida como condición de obtener cobertura de seguro, como la otra ley provee del asegurador la derecha de disputar una demanda bajo la política o política sí mismo.

Entiendo que la información utilizada o revelada de conformidad con la presente autorización estará sujeta a divulgación por el recipiente y pudiera ya no estar protegida por la ley federal HIPPA normas de privacidad.

La práctica no condicionara mi tratamiento, el pago y la inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios sobre si proporcionan autorización para el uso solicitado o divulgación.

Nombre del Paciente Fecha