

Autorización para liberar información de salud

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Conner Family Health Clinic está autorizado a divulgar información de salud protegida sobre lo anterior nombrado a paciente a las entidades nombrado a continuación. La finalidad es informar al paciente o a otras personas siguiendo las instrucciones del paciente.

Donde / que podemos salirnos de información: Compruebe cada persona o entidad que usted apruebe para recibir información.	Información que podemos dejar: Verifique cada que se puede dar a la persona/entidad a la izquierda en la misma sección.
<input type="checkbox"/> Voice Mail <input type="checkbox"/> Correo Electrónico _____	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorios/rayos x <input type="checkbox"/> Información médica laboratorio resultados, cita correspondencia, limited
<input type="checkbox"/> Esposa/o (proporcionar su nombre & telefono) _____	<input type="checkbox"/> Monetario <input type="checkbox"/> Médica como sigue: _____
<input type="checkbox"/> Padre (proporcionar su nombre & telefono) _____	<input type="checkbox"/> Monetario <input type="checkbox"/> Médica como sigue: _____
<input type="checkbox"/> Hermano/a (Más de 18 años) <input type="checkbox"/> Otra (i.e. Padrastro/madrastra, abuelo/a, hijos más de 18 años) _____	<input type="checkbox"/> Monetario <input type="checkbox"/> Médica como sigue _____ _____

Información de Paciente

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento y que tengo el derecho de inspeccionar o copiar la información de salud protegida a revelarse como se describe en este documento. Entiendo que una revocación no es eficaz en casos donde la información ya ha sido revelada, pero será efectivo en el futuro.

Entiendo que la información usada o divulgada como resultado de esta autorización puede estar sujeta a reveler por el destinatario y ya no puede estar protegido por la ley federal or estatal.

Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización y que mi tratamiento no estará condicionada a la firma. Esta autorización sera en efecto hasta que revocado por el paciente.

Fecha _____

Firma del paciente o representante personal

Descripción de la autoridad del representante personal (adjuntar la documentación necesaria).