

Autorización para liberar información de salud

Vence a una vez liberar

Información del paciente:

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código postal _____ Telefono de casa _____

Yo autorizo a la práctica para revelar mi información de salud:

Por favor envíe mi información de salud para:**Conner Family Health Clinic**

211 W. Matthews Street, Suite #102

Matthews, NC 28105

Phone: 704-708-4301

Fax: 704-708-4389

La siguiente información se proporciona en la solicitud del paciente. (Describa la PHI necesitado)

Esta autorización sera en efecto hasta que la información ha sido enviada por requerimiento.

Información del Paciente

Yo entiendo que mi tratamiento no estará condicionada al firmar esta autorización y que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización. *Entiendo que la información divulgada como resultado de esta autorización puede estar sujeta a revelar poreal destinatario y ya no puede estar protegido por la ley federal or estatal.*

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización enviando una notificación por escrito a la dirección siguiente y que la revocación no es eficaz si la información ya ha sido revelada, pero sera efectiva en la futuro.

Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar o copier la información de salud protegida como se describe en este documento. Puedo hacerlo mediante notificación escrita a _____

Firma del paciente o representante personal

Fecha

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

Revised March 2013