



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE HIPAA

Yo, _____, por la presente autorizo el uso o divulgación de mi información médica protegida como se describe a continuación:

1. PERSONAS AUTORIZADAS PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Richard Rinehart está autorizado a divulgar la siguiente información médica protegida al personal de la oficina y de la terapia en IPT of Florida, Inc. de West Palm Beach, Florida 33409.

2. DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN QUE SE DEBE DIVULGAR

La información médica que se puede divulgar es:

Registros médicos
Enfermedades transmisibles (incluido el VIH y el SIDA)
Registros de salud mental
Todos los registros de tratamiento

Se pueden compartir todos los períodos pasados, presentes y futuros de información sobre atención médica.

3. OBJETO DEL USO O DIVULGACIÓN

El propósito de este uso o divulgación es que el paciente / familia / cuidador sea consciente del riesgo.

4. FORMULARIO DE VALIDEZ DE AUTORIZACIÓN

Este formulario de autorización es válido a partir del _____ y vence con la muerte del paciente o el cierre de IPT of Florida, Inc.

5. RECONOCIMIENTO

Entiendo que la información utilizada o divulgada bajo este Formulario de autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de la (s) persona (s) o instalación que la recibe y entonces ya no estaría protegida por las regulaciones federales de privacidad.

Entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no dependerán de si firmo esta autorización.

Tengo derecho a negarme a firmar este formulario de autorización. Si estoy firmado, tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento. Entiendo que cualquier acción que ya se haya tomado en base a esta autorización no se puede revertir y mi revocación no afectará esas acciones.

Representante del Responsable:

firmado a favor de _____

Por: _____, nombre del paciente: _____.

Paciente / Responsable:

Por: _____ Fecha: _____