

CENTRO MÉDICO SOUTH LYON
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN
PROTEGIDA DE SALUD

Privacidad del Paciente: Nuestra práctica se compromete a proteger la privacidad de su información de salud. Por lo tanto, en el área de recepción, hemos publicado la Notificación de Prácticas de Privacidad. No está requerido leer esta notificación. Sin embargo, agradecemos su reconocimiento que ha sido notificado que esta práctica tiene una Notificación de Prácticas de Privacidad.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD A UN FAMILIAR O A UN REPRESENTANTE PERSONAL.

Yo, _____ FDN: _____
(Nombre del Paciente en Imprenta) (Fecha de Nacimiento del Paciente)

(Dirección)

AUTORIZO A MI MÉDICO Y/O AL CENTRO DE SALUD SOUTH LYON PARA DIVULGAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE SALUD A:

Nombre(s) del familiar(es) o representante personal para recibir la información:

(Nombre) (Relación con el Paciente)

(Nombre) (Relación con el Paciente)

Describa la información de salud que está autorizando para ser divulgada. Por favor incluya el tipo de información, cualquier restricción, u otra información relevante a su autorización. Su información de salud debe incluir:

- | | | |
|---|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Toda la información a continuación | <input type="checkbox"/> Laboratorio/Rayos X | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Notas de la Oficina | <input type="checkbox"/> Registros del Hospital | |
| <input type="checkbox"/> Financiero/Facturas | <input type="checkbox"/> Cualquier Restricción | |

Entiendo que la información utilizada o divulgada conforme a esta autorización puede ser revelada por el destinatario y no podrá estar protegida por la ley estatal o federal.

Este consentimiento y autorización serán válidos mientras sea paciente en ésta práctica, o hasta que revoque por escrito este consentimiento y autorización. Entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento enviando una notificación al Departamento de Registros Médicos, P.O. Box 940, Yerington, Nevada 89447.

Expiración y Revocación:

Expiración: Esta autorización expirará (complete uno):

El _____ / _____ / _____

Si sucede el siguiente evento (el cual debe relacionarse con la persona o propósito del uso y/o divulgación autorizada):

Derecho a Revocar: Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento al dar una notificación por escrito de la revocación a la oficina indicada a continuación. La revocación de esta autorización no afectará ninguna acción que tomemos en relación a esta autorización antes de que recibamos su notificación de revocación.

**Centro Médico South Lyon
Departamento de Registros
Médicos
P O Box 940
Yerington, Nevada 89447
775-463-2301
775 463-4300 Fax**

FIRMA: He leído esta autorización y la entiendo

(Paciente y/o Familiar o Representante Personal)

(Fecha)

(Número de teléfono preferente)