

FORMA DE AUTORIZACION DEL PACIENTE

Yo autorizo a Sall/Myers Medical Associates, P.A. de usar o revelar la información de la manera específica como escrita a continuación, solamente para los propósitos y grupos especificados a continuación.

Descripción de la información específica que puede ser usada o revelada:

Persona o entidad que requiere la información y esta autorizada para hacer el pedido de uso o revelación de información:

Persona que recibe la información: _____

Esta información es pedida por la siguiente razón o propósito(s):

Esta autorización deberá mantenerse vigente desde la fecha en la cual se firmó hasta la fecha indicada a continuación

_____ (Fecha de expiración o evento)

Yo entiendo que:

- Yo puedo inspeccionar o copiar la información médica protegida que será usada o revelada.
- Yo puedo revocar esta autorización en escrito contactando sus oficinas en la dirección de correo en el encabezado, con atención al Privacy Officer.
- Información usada o revelada obtenida para a esta autorización podría ser re-revelada por el recipiente y no protegida por HIPAA.
- Yo puedo reusar firmar esta autorización y que Sall/Myers Medical Associates, P.A. no continuará tratamiento o pagos para con mi persona teniendo en cuenta esta autorización (con excepción de que al menos la autorización sea para algún tratamiento relacionado con experimentación de enfermedades).
- Si este casillero es marcado, Yo entiendo que Sall/Myers Medical Associates, P.A. recibirá compensación proveniente de cualquier tercer grupo por el uso o revelación de mi información.

Nombre del Paciente: _____ Firma: _____

Relación con el paciente
(Firma del representante del Paciente): _____ Fecha: _____