

Autorización HIPAA para revelar información a familiares o amigos

(Este formulario NO autoriza la divulgación de copias del historial médico)

Nombre completo del paciente: _____
(Nombre) (Segundo nombre) (Apellido)

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Muchos de nuestros pacientes permiten que sus familiares, como su cónyuge, pareja, padres, hijos u otros familiares o amigos, los llamen para hablar sobre su información médica o de facturación. Según lo exige la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de la Información Médica de 1996 (HIPAA), no se nos permite divulgar esta información a nadie sin el consentimiento del paciente. Si desea que se divulgue alguna de sus informaciones médicas a familiares o amigos, necesitamos obtener su consentimiento firmado.

Me niego a que mi información médica se discuta con familiares y amigos.

Doy permiso a WCHC para discutir mi información médica con las siguientes personas:

Nombre _____ Relación _____

Teléfono _____

Puede divulgar cualquier información sobre: Fechas y horarios de citas
 Información financiera

Puedo divulgar/discutir cualquier información médica protegida sobre mi salud, incluyendo (marque todas las opciones que correspondan):

Abuso de sustancias Salud mental VIH/SIDA

Puede dejar mensaje(s)

Nombre _____ Relación _____

Teléfono _____

Puede divulgar cualquier información sobre: Fechas y horarios de citas
 Información financiera

Puedo divulgar/discutir cualquier información médica protegida sobre mi salud, incluyendo (marque todas las opciones que correspondan):

Abuso de sustancias Salud mental VIH/SIDA

Puede dejar mensaje(s)

Entiendo que debo firmar un formulario de autorización por separado para divulgar copias de mi historial médico a otra persona.

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en los casos en que Washington County Hospital and Clinics (WCHC) ya haya realizado divulgaciones en función de esta solicitud. Entiendo que esta autorización caducará automáticamente un año después de la fecha de mi firma.

Firma: _____ Fecha: _____

(Paciente o persona legalmente autorizada para dar el consentimiento del paciente)

Relación (si no es el paciente): _____