



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PRIVACIDAD DE HIPAA

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

MRN #: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a Arroyo Vista Familia Health Center (AVFHC) a divulgar todos los registros médicos existentes y la información relacionada con la atención médica, el tratamiento, la condición física / médica y los gastos médicos del paciente mencionado anteriormente, revelados por su tratamiento del paciente.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con la paciente: \_\_\_\_\_

Entiendo que esta autorización incluye información sobre el diagnóstico y tratamiento de drogas, alcohol, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y trastornos psiquiátricos y psicológicos, excepto Notas de psicoterapia. Esta autorización también le da a la persona / personas enumeradas acceso a informes de laboratorio, informes de diagnóstico, resúmenes de alta, formularios de consentimiento de cirugía de fotografías, formularios de consentimiento informado sobre planificación familiar, registros de admisión y alta, registros de operación, notas de médicos y enfermeras, recetas médicas y correspondencia / memorandos e información de facturación

Yo, la persona abajo firmante, tengo conocimiento de que:

- ❖ El inicio de esta solicitud de divulgación de información médica protegida, y cualquier divulgación de la misma de conformidad con el presente, se realiza a solicitud del individuo.
- ❖ Esta autorización puede revocarse mediante notificación por escrito a las personas que figuran en la lista, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas basándose en esta autorización. El abajo firmante es consciente de la posibilidad de que la información médica protegida divulgada de conformidad con esta autorización esté sujeta a una nueva divulgación de una manera que no estará protegida por las regulaciones de HIPAA.



He leído detenidamente y entendido la autorización de privacidad de HIPAA y, por la presente, autorizo voluntariamente la divulgación de mi información y registros médicos a las personas que usted ha identificado

Fecha: \_\_\_\_\_

Paciente o representante legal del paciente

\_\_\_\_\_  
(Firma)

Nombre del representante del paciente

\_\_\_\_\_  
Descripción de la autoridad del representante para actuar en nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
*Esta autorización está diseñada para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico ("HIPAA") 45 CFR Partes 160 y 164. \* Las notas de psicoterapia excluyen la prescripción y el monitoreo de medicamentos, las horas de inicio y finalización de las sesiones de asesoramiento, las modalidades y frecuencias del tratamiento proporcionado, Resultados de pruebas clínicas y cualquier resumen de los siguientes elementos: diagnóstico, estado funcional, plan de tratamiento, síntomas, pronóstico y fecha de evolución..*