

Autorización De Liberacion De Información

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

NorthEast Ear, Nose & Throat Center, PA es autorizado a divulgar información de salud protegida sobre el paciente nombrado arriba a las entidades nombradas abajo. El proposito es para informales al paciente o a otras personas de acuerdo con el paciente.

Entidad a Recibir Información:

Seleccione a la persona a quien usted aprueba para recibir informacion.

Descripcion de información para ser divulgada:

Seleccione de lo siguiente que pueda ser compartido con las personas elegidas.

Corre de Voz mensaje de texto

Pruebas de laboratorios/rayos x

Otro _____

Esposo/a (Incluya el nombre y numero de telefono)

Información Financiera

Medica como lo siguiente: _____

Padre/Madre (Incluya el nombre y numero de telefono)

Información Financiera

Medica como lo siguiente: _____

Otro (Incluya el nombre y numero de telefono)

Información Financiera

Medica como lo siguiente: _____

Informacion del Paciente

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento y que tengo el derecho de inspeccionar o copiar la información de salud protegida que se divulgará tal como se describe en este documento.

Yo entiendo que una revocación no es efectiva en los casos en que la información ya ha sido divulgada, pero se hará efectiva en el futuro.

Yo entiendo que tengo el derecho de rechazar o firmar esta autorización y que mi tratamiento no sera condicionado a la firma. Esta autorización estará en efecto hasta ser revocada por el paciente.

Fecha _____

Firma del Paciente o Representante Personal

Descripción de la autoridad del Representate Personal (ajunte documentación necesaria)
