



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD A UNA PARTE DESIGNADA

Nombre del paciente: _____

Nombre del médico: _____

Departamento/consulta: _____

Parte designada: _____

Parte designada: _____

Relación con el paciente: _____

Relación con el paciente: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____

La información se usará o revelará para los propósitos siguientes:

A petición del individuo Otro _____

Esta Autorización otorga permiso a la parte(es) designada(s) nombrada anteriormente para:

tener acceso a la información de mi expediente médico

tener acceso a mi información de facturación y del seguro

tener acceso a los resultado de cualquier prueba

hacer o confirmar citas

otro, por favor, especifique _____

Yo autorizo a ColumbiaDoctors para usar y revelar mi información de salud según se describe en esta autorización.

El paciente o el representante del paciente deben leer y poner sus iniciales en las declaraciones siguientes:

- ✓ Entiendo que esta información: (debe marcar una opción)
 - expirará en 1 año a partir de la fecha de la firma del paciente o del representante del paciente; o
 - solamente cuando sea revocada (cancelada) por el paciente.
- ✓ Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificándolo por escrito al consultorio médico nombrado anteriormente en ColumbiaDoctors; sin embargo, si yo revoco la autorización, esto no afectará ninguna acción tomada por ColumbiaDoctors antes de haber recibido la revocación.
- ✓ Entiendo que esta autorización es voluntaria.
- ✓ Entiendo que una vez que esta información sea revelada a la parte(s) designada(s), es posible que la información revelada ya no cuente con la protección de las regulaciones federales de privacidad.
- ✓ Entiendo que mi tratamiento no puede estar condicionado al hecho de si firmo o no esta autorización.

Firma del paciente o del representante del paciente

Fecha

(El formulario DEBE ser completado antes de firmar o no tendrá validez)

