

Autorización Para Liberar La Información Médica A Los Individuos/Miembros De La Familia



De acuerdo con la norma de privacidad del gobierno federal implementada a través de la ley de portabilidad de la salud de 1996 (HIPAA), Para que el Médico o el personal de Community Memorial HealthCare Systems (CMHS), Centers for Family Health (CFH) para liberar su información médica debemos obtener su autorización antes de hacerlo. Sin embargo, en caso de episodio crítico, o si no puede dar su autorización debido a la severidad de su condición, la ley que estipula que estas reglas pueden ser renunciadas. Por favor, indique sus preferencias abajo.

Nombre del Paciente _____

Dirección _____

Teléfono de Contacto _____

_____ Autorizo a CMHS CFH a enviar cartas que contengan cualquiera o toda mi información médica, incluyendo los resultados de las pruebas y recomendaciones a la dirección arriba indicada.

_____ Autorizo a CMHS CFH a dejar mensajes en el contestador automático al número de teléfono arriba indicado.

_____ Autorizo a CMHS CFH a comunicar verbalmente cualquier o toda la información concerniente a mi atención médica a las siguientes persona(s):

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Entiendo que es mi responsabilidad informar a CMHS CFH puntualmente por escrito de cualquier cambio que desee hacer a esta autorización. Esta autorización se mantendrá vigente hasta _____ (Que no exceda de 24 meses.)

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Testigo _____