



FAMILY MEDICINE HEALTH CENTER

**AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD
PROTEGIDA PARA TERCERAS PERSONAS**

Al firmar esta autorización, yo autorizo a Family Medicine Residency of Idaho para utilizar y / o revelar cierta Información de Salud Protegida (PHI) mía a/o para el individuo indicado a continuación. Esta autorización permite a Family Medicine Residency of Idaho para usar/revelar a:

_____ (persona o entidad a recibir la información)

_____ (relacion a paciente)

_____ (Teléfono de Casa/Teléfono Móvil)

Porfavor de el motivo para esta autorización:

Yo autorizo la revelacion de la salud a raíz de identificación individual de la información (describir específicamente la información que será revelada, incluyendo cosas como la fecha (s) del servicio, el nivel de revelar los detalles, origen de la información, etc.)

Esta autorización vencerá el _____. (fecha de vencimiento o evento definido)si no hay ninguna fecha, esta autorización vencerá en un año.)

Cuando mi información es utilizada o revelada de acuerdo con esta autorización, pueden ser objeto de divulgación por el destinatario y puede no estar protegida por la ley federal HIPAA Regla de Privacidad. Yo tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito excepto en la medida en que Family Medicine Residency of Idaho ha actuado al amparo de esta autorización. Mi revocación escrita debe ser presentada a la Family Medicine Residency of Idaho's Privacy Officer en el 777 N. Raymond St., Boise, ID 83704.

_____ (Escriba el nombre de el paciente quien su PHI está autorizado
Seguro Social para revelar a la tercera parte de (ICS))

_____ Fecha de nacimiento o # de

Firmado Por: _____
Firma del Paciente o Guardián Legal

_____ Relación al paciente

_____ Fecha

FOR INTERNAL USE ONLY
PARA USO INTERNO

Date Request Received _____