



FAMILY MEDICINE HEALTH CENTER

AUTORIZACIÓN PARA USAR O REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Paciente: Nombre y Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de identificación del paciente: _____

Dirección: _____

Teléfono: (____) _____ Correo Electrónico: _____

Otros nombres con los que el Paciente ha sido tratado: _____

Yo atorizo:

Nombre: Family Medicine Health Center

Dirección: 777 N Raymond St Boise, Idaho 83704

de Teléfono: 208-514-2500 Fax: 208-375-2217

Marque solo una:

Para **liberar** mi información médica confidencial a: Para **solicitar** mi información confidencial de salud departe de:

Nombre: _____

Dirección: _____

de Teléfono: _____ Fax: _____

Paciente Recogerá Copias en Papel Portal del Paciente Memoria USB Enviar Copias por Fax

Para los siguientes propósito: (marque uno o más)

para proporcionar tratamiento coordinación de la atención a petición del paciente
 mercadeo / recaudación de fondos otro transferencia de cuidado medico

Autorizo PROVEEDOR y sus empleados, agentes o profesionales de la salud asociados a utilizar o divulgar la información protegida sobre la salud del paciente como se describe a continuación.

- Visita Médica contabilidad de visitas
- Reportes de Consulta Cargos, pagos, información de facturación
- Informes de rayos X y otras imagines Exámenes de Patología
- pruebas de laboratorio Expediente complete
- Información SIDA / VIH otro: _____

Salud proporciona entre (fecha) _____ y (fecha) _____.

Esta autorización expirará en la fecha o evento siguiente: _____. Si no hay una fecha o evento específico que se indica, esta autorización expirará un (1) año desde la fecha de esta autorización.

- Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que el Proveedor ha tomado acción basada en esta autorización. Para revocar esta autorización, debo presentar una revocación por escrito a:
Family Medicine Health Center: 777 N Raymond St. Boise, ID 83704
- Entiendo que PROVEEDOR no puede condicionar la asistencia sanitaria del paciente en esta autorización a menos que la finalidad para la evaluación y tratamiento del PROVEEDOR es obtener y divulgar información a entidades de conformidad con esta autorización, el paciente está involucrado en el tratamiento relacionado con la investigación y el uso o revelación es para este tipo de investigación.
- Entiendo que la información divulgada por PROVEEDOR de conformidad con esta autorización puede ser divulgada por la entidad que recibe esta información y ya no puede estar protegida por las regulaciones de privacidad.
- Entiendo que puedo tener un cargo si hay más de 15 páginas se copian y que el pago es debido antes de la liberación de los archivos.

Firma _____

Fecha _____

Autoridad o su relación con el Paciente

Authorization to Use or Disclose Protected Health Information 777 N Raymond St. Boise ID 83704 Fax 375.2217

For Official Use Only.

Received: _____ Processed: _____ Amount: \$ _____