

HIPAA-PHI

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Divulgación de información:

Autorizo la divulgación de información, incluyendo el diagnóstico, las recomendaciones de tratamiento, el equipo prescrito, los registros; las evaluaciones que se me han hecho y la información sobre reclamaciones. Esta información puede ser divulgado a:

 Cónyuge _____ Hijo _____ Miembros familiares _____ Cuidadores _____ Otros _____

La información NO debe divulgarse a nadie.

Esta cesión de información permanecerá en vigor hasta que sea rescindida por mí por escrito.

Mensajes

Por favor llame a:

Casa () - Trabajo () - Celular () -

De no poder responder, usted puede:

 Dejar un mensaje detallado Por favor deje un mensaje pidiéndome que le devuelva su llamada _____

Usted puede enviar correspondencias, para incluir información personal de salud (PHI) por correo electrónico

Correo electrónico: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Testigo: _____

Fecha: _____