

Autorización para la liberación de información de salud protegida

Por favor, rellene todos los espacios en blanco

Yo, _____ autorizo el uso o la divulgación de mi información médica como se describe en esta autorización.

1. específicos de la persona y de la organización (o clase de personas) autorizados para proporcionar la información: _____

2. específicos de la persona y de la organización (o clase de personas) autorizados para recibir y utilizar la información: _____

3. derecho de revocación: entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación a la persona u organización mencionada en la escritura.

Entiendo que cualquier uso o divulgador hecha antes de la revocación bajo esta autorización no se verán afectada por la revocación.

4. Entiendo que después de esta información es compartida, la ley federal no puede protegerla y el destinatario podría revelar otra vez.

5. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

6. yo entiendo que esta autorización vencerá en _____ (insertar una fecha de caducidad. Si no se inserta fecha, la autorización caducará 12 meses desde la fecha entrado a continuación).

Firma Individual

fecha

Si un Representante Personal se ejecuta de esta forma, ese representante garantiza que tiene autoridad para firmar el formulario en la base de:
