



Autorización para dar a conocer Información de Salud Protegida

Nombre del (la) paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Otro teléfono: _____

Por la presente autorizo que se dé a conocer/se use/se divulgue mi información de salud según se relaciona con el tratamiento, pronóstico y diagnóstico y la información sobre los cobros. Los registros que pueden darse a conocer incluyen; todos los registros médicos relacionados con mi historial médico.

Entiendo que la firma de esta autorización es de carácter voluntario. Entiendo que todos y cada uno de los registros, ya sea escritos, orales o en formato electrónico, son confidenciales y no pueden divulgarse sin mi autorización previa por escrito, excepto como de otra forma lo requiera la ley (por ejemplo, la ley de Medicare). Entiendo que una fotocopia de esta autorización que se entregue en persona, por correo postal, mensaje electrónico o fax es tan válida como el original.

Por favor den a conocer la información de salud autorizada a:

Lingraphicare America, Inc.
Fax: 1-609-275-1311
103 Carnegie Center
Suite 104
Princeton, NJ 08540

Esta información puede divulgarse a la(s) persona(s) siguiente(s):

Nombre: _____ Relación con el (la) paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el (la) paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el (la) paciente: _____

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar dicha revocación por escrito a un empleado de Lingraphicare America, Inc. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya dado a conocer como consecuencia de esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguro cuando la ley disponga que mi aseguradora tiene el derecho de disputar una reclamación en virtud de mi póliza. Si no revoco esta autorización, vencerá automáticamente un año a partir de su fecha de firma.

Entiendo que mis registros pueden estar sujetos a que el destinatario los divulgue y podrían dejar de estar protegidos por las reglamentaciones de privacidad federales. Entiendo que esta autorización no limita la capacidad del proveedor de atención de la salud, los empleados o agentes arriba mencionados para usar o divulgar mi información para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención de la salud, o de otra forma según lo permita la ley.

Firma autorizada: _____ Fecha: _____

Nombre, con letra de molde: _____ Relación con el (la) paciente [si la persona no es el (la) paciente]: _____

Razón por la que el (la) paciente no puede firmar: _____