

HIPPA Privacidad Formulario de Autorización

Autorización para el uso o divulgación de información de salud protegida

(Requerido por la Ley de Responsabilidad, 45 CFR y Portabilidad del Seguro de Salud Partes 160 y 164)

1. Por la presente autorizo a la Costa del Golfo MRI & Diagnostic para usar y / o divulgar la información de salud protegida (PHI) se describe a continuación.
2. Autorización para la diseminación de la PHI que abarca el período de atención de la salud de todo el pasado, el presente y períodos futuros.
3. Por la presente autorizo la divulgación de PHI de la siguiente manera
 - a. Mis historias clínicas completas (incluyendo los registros relacionados con el cuidado de la salud mental, las enfermedades transmisibles, el VIH o el SIDA, y el tratamiento de alcohol / abuso de drogas)
4. Además de la autorización para la liberación de mi PHI descrita en el párrafo 3de esta autorización , autorizo la revelación de información con respecto a mi facturación, condición, tratamiento y pronóstico de la siguiente persona (s)

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

5. Esta información médica puede ser utilizada por las personas que autorice para recibir esta información para el tratamiento médico o la consultoría, la facturación o las reclamaciones de pago, o para otros fines como puedo dirigir.
6. Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento. Entiendo que la revocación no es efectiva en la medida en que cualquier persona o entidad que ya ha actuado en consonancia con mi autorización o si mi autorización fue obtenida como condición para obtener la cobertura del seguro y el asegurador tiene el derecho legal para consentir una reclamación.
7. Entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no estarán condicionados a que si firmo la autorización.
8. Entiendo que la información usada o divulgada de acuerdo con esta autorización puede ser revelada por el recipiente y ya no estar protegida por la ley federal o estatal.

Patinete Signatura _____

Fecha _____