

Autorización para la divulgación de información de salud

Por la presente, autorizo el uso o divulgación de mi información de salud como se describe a continuación por parte de Shenandoah Head and Neck Specialists, PLLC. Entiendo que la información divulgada bajo esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por las normas federales de privacidad:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: ____/____/____

Dirección física: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Últimos 4 dígitos del SSN del paciente: XXX-XX-_____

Cubriendo el(los) período(s) de mi atención médica/visitas al consultorio: Desde ____/____/____

Hasta: ____/____/____ O el registro completo (encierre en un círculo si desea que se envíe el registro completo a la persona solicitada)

Información a revelar

Indique si desea que se divulgue cierta información de salud si no autorizó la divulgación de un registro médico completo (*como se describe anteriormente*).

Autorizo que la siguiente información sea distribuida a mi solicitud:

Entiendo que la información en mi registro de salud puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome/virus de inmunodeficiencia adquirida (SIDA/VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud conductual o mental y tratamiento del abuso/uso de alcohol y drogas.

Esta información puede ser divulgada a/desde y utilizada por la siguiente organización, con el fin de continuar con mi atención:

Especialistas en cabeza y cuello de Shenandoah, PLLC
142 Linden Drive, Suite 106
Winchester, VA 22601

- Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. También entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al Departamento de Registros Médicos. Entiendo que mi revocación por escrito no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada en respuesta a una autorización firmada previamente. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi aseguradora el derecho a impugnar un reclamo bajo la póliza acordada entre yo y la aseguradora.

- A menos que se revoque de otro modo, esta autorización vencerá en la fecha especificada de: ____/____/20____. Si no especifico una fecha de vencimiento, esta autorización vencerá en 6 meses.

Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario. Tengo derecho a NEGARME a firmar esta autorización. No estoy obligado a firmar este formulario para garantizar el tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar una copia de la información que se usará/divulgará, según lo dispuesto en CFR 164.524. También entiendo que cualquier divulgación de mi información conlleva el potencial de una nueva divulgación no autorizada y la información puede no estar protegida por las Reglas Federales de Confidencialidad. Si tengo preguntas/inquietudes sobre la divulgación de mi información de salud, puedo comunicarme con el Gerente de recepción de SHNS al (540) 722-7282.

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha: ____/____/____

Solo uso de oficina

Fecha de publicación: ____/____/____

Personal de la oficina que publica información: _____