



Formulario De Autorización De Privacidad HIPAA

Autorización Para el Uso o Divulgación de Información de Salud Protegida

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

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

A. Autorizo la divulgación de mi información de salud protegida (ISP) a **Canyon View Medical Group** con respecto a mi facturación, condición, tratamiento y pronóstico a las siguientes personas:

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

☐ La información no debe ser revelada a nadie.

B. Esta autorización está vigente hasta 2099 o hasta la siguiente fecha: ____/____/____

C. Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización verbalmente y/o por escrito, en cualquier momento. Entiendo que una revocación no es efectiva en la medida en que cualquier persona o entidad ya haya actuado confiando en mi autorización

D. Entiendo que la información utilizada o divulgada en conformidad con esta autorización puede ser divulgada por el destinatario y es posible que ya no esté protegida por la ley federal o estatal.

Firmado _____ Fecha ____/____/____

Si no está firmado por el paciente, indique la relación o autoridad para firmar: _____

Entiendo que mi atención médica no se verá afectada si no firmo este formulario.

090926AL