

Authorization for Disclosure of Protected Health Information (Autorización para Divulgación de Información Médica Protegida)

I authorize the use / disclosure of health information about me as described below.
(Yo autorizo el uso o divulgación de información de salud acerca de mí como se describe a continuación.)

Patient Name: _____
Last Name (Apellido) First Name (Nombre) Middle Initial (Inicial)

DOB (mm/dd/yyyy): _____ / _____ / _____
(Fecha de Nacimiento) Month (Mes) Day (Día) Year (Año)

Social Security Number: _____
(Seguro Social)

A. Person(s) or Organization(s) authorized to provide the information:

(Las Personas o Organizaciones autorizada a suministrar la información):

PRIMARY HEALTHCARE ASSOCIATES, INC.

B. Person(s) or Organization(s) authorized to receive the information:

(Las Personas o Organizaciones autorizada a recibir la información):

C. Specific description of the information that may be used or disclosed (including dates):

(Descripción específica de la información que puede ser usada o revelada):

D. Specific description of how the information will be used:

(Descripción específica de la forma en que la información que puede se utilizará):

I authorize the use / disclosure of health information about me as described below.
(Yo autorizo el uso o divulgación de información de salud acerca de mí como se describe a continuación.)

1. I understand that this authorization will **expire** one year from the date of signature.
(Entiendo que esta autorización **caducará** en un año desde la firma.)
2. I understand that I may **revoke** this authorization (except to the extent that action was already taken in reliance on this signed authorization) at any time by notifying **Primary HealthCare Associates, Inc.** in writing.
(Entiendo que puedo **revocar** esta autorización en cualquier momento mediante notificación a **Primary HealthCare Associates, Inc.** por escrito.)
3. I understand that I can **refuse** to sign authorization and that my refusal will no affect my ability to obtain treatment, payment or my eligibility for benefits (if applicable).
(Entiendo que puedo **negar** a firmar esta autorización y que mi negativa no afectará mi capacidad de obtener tratamiento, pago o mi elegibilidad para beneficios, (si procede)).
4. I may **inspect or copy** any information used or disclosed under this agreement.
(Puedo **verificar o copiar** cualquier información utilizada o divulgada bajo este contrato.)
5. I understand that if the person or organization that receives the information is not a health care provider or plan covered by federal privacy regulations, the information described above may be redisclosed and would no longer be protected by these regulations.
(Entiendo que si la persona o la organización que recibe la información no es proveedor de servicios de salud o plan de normas federales de privacidad, la información descrita anteriormente puede ser re-divulgada por lo que ya no estaría protegido por este reglamento.)

Patient's Signature or Patient's Representative:
(Firma del paciente o representante del paciente)

Date:
(Fecha)

Printed Name of Patient's Representative:
(Escribir nombre del representante del paciente)

Relationship to Patient:
(Relación con paciente)

NOTE:

- You have the right to know specifically what information you are authorizing for release (e.g., "results of a lab test performed on 01/04/03" or, if your entire medical record is included, "all health information").
(Tiene derecho a saber específicamente qué información está autorizando que se divulgue (por ejemplo, "resultados de una prueba de laboratorio realizada el 1/4/03" o, si se incluye todo su registro médico, "toda la información médica").)
- You have the right to know the name(s) or other identification of the person(s) or organization(s) authorized to release the information (e.g., the names of your health care provider(s)).
(Tiene derecho a saber los nombres o otra identificación de las personas o organizaciones autorizadas para divulgar la información (por ejemplo, los nombres de sus proveedores médicos).)
- You have the right to know who is going to use it and what it is going to be used for (e.g., John Smith, PhD / Medical Research).
(Tiene derecho a saber quién lo va a utilizar y para qué se va a utilizar (por ejemplo, John Smith, PhD / Investigación Médica).)
- **YOU HAVE A RIGHT TO RECEIVE A COPY OF THIS FORM.**
(**USTED TIENE EL DERECHO DE RECIBIR UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO**).