

Autorización para divulgar información médica protegida

Autorizo a los proveedores médicos y al personal de Frontier Dermatology a analizar mi consulta, plan de atención y cualquier otra información médica protegida, incluyendo temas de facturación, con las siguientes personas:

☐ No autorizo la divulgación de información médica a nadie más que a mí mismo.

Nombre: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Relación con el paciente: _____

Nombre: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Relación con el paciente: _____

Nombre: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Relación con el paciente: _____

Esta autorización permanecerá en vigor para todos los periodos pasados, presentes y futuros, a menos que sea revocada mediante una notificación por escrito.

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, exceptuando los casos en los que ya se hayan realizado divulgaciones en virtud de mi consentimiento previo.

Entiendo que la información usada o divulgada de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por las leyes federales o estatales.

Por la presente, consiento y declaro que estoy de acuerdo con los términos establecidos en el Formulario de Información de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) y cualquier cambio posterior de la política del centro. Entiendo que este consentimiento permanecerá en vigor a partir de este momento.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento del paciente

Firma del paciente (o tutor legal)

Fecha