



FAMILY MEDICINE HEALTH CENTER  
**AUTORIZACIÓN PARA USAR O REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Paciente: Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de identificación del paciente: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
 Otros nombres con los que el Paciente ha sido tratado: \_\_\_\_\_

**Yo autorizo:**

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 # de Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Marque solo una:**

Para liberar mi información médica confidencial a:  Para solicitar mi información confidencial de salud de parte de:

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 # de Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Para los siguientes propósito: (marque uno o más)**

para proporcionar tratamiento       coordinación de la atención       a petición del paciente  
 mercadeo / recaudación de fondos       otro

**Autorizo PROVEEDOR y sus empleados, agentes o profesionales de la salud asociados a utilizar o divulgar la información protegida sobre la salud del paciente como se describe a continuación.**

Expedientes de tratamiento       pruebas de laboratorio  
 Informes de rayos X y otras imagines       la historia y la evaluación física  
 Cargos, pagos, información de facturación       contabilidad de visitas  
 Información SIDA / VIH       otro: \_\_\_\_\_  
 Las notas de psicoterapia      **[Nota: Estos no se pueden combinar con la autorización para otros archivos]**

Salud proporciona entre (fecha) \_\_\_\_\_ y (fecha) \_\_\_\_\_.

Esta autorización expirará en la fecha o evento siguiente: \_\_\_\_\_. Si no hay una fecha o evento específico que se indica, esta autorización expirará un (1) año desde la fecha de esta autorización.

- Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que el Proveedor ha tomado acción basada en esta autorización. Para revocar esta autorización, debo presentar una revocación por escrito a :  
**Family Medicine Health Center: 777 N Raymond St. Boise, ID 83704**
- Entiendo que PROVEEDOR no puede condicionar la asistencia sanitaria del paciente en esta autorización a menos que la finalidad para la evaluación y tratamiento del PROVEEDOR es obtener y divulgar información a entidades de conformidad con esta autorización, el paciente está involucrado en el tratamiento relacionado con la investigación y el uso o revelación es para este tipo de investigación.
- Entiendo que la información divulgada por PROVEEDOR de conformidad con esta autorización puede ser divulgada por la entidad que recibe esta información y ya no puede estar protegida por las regulaciones de privacidad.
- Entiendo que puedo tener un cargo si hay más de 15 páginas se copian y que el pago es debido antes de la liberación de los archivos.

\_\_\_\_\_  
 Firma

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Autoridad o su relación con el Paciente

Authorization to Use or Disclose Protected Health Information    777 N Raymond St. Boise ID 83704    Fax 375.2217

**For Official Use Only.**

Received: \_\_\_\_\_      Processed: \_\_\_\_\_      Amount: \$ \_\_\_\_\_