PREVEA
health

AUTORIZACIÓN HIPPA
(Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico)

De conformidad con las Prácticas de Privacidad de Prevea Health, este formulario le permitirá designar a las personas a quienes Prevea Health podrá divulgar su información médica protegida. La misma puede incluir información identificable individualmente relacionada con su información médica o financiera ya sea presente, pasada o futura. La misma no incluirá información relacionada con el tratamiento de la salud mental o los resultados de las pruebas de SIDA ya que para divulgar dicha información se necesita una autorización separada por escrito. Si no desea designar a ninguna persona para recibir su información médica protegida, escriba "nadie" a continuación.

Nombre del paciente _____Fecha de nacimiento _____

Domicilio_____Ciudad _____ Estado:___Código Postal _____

Número de teléfono: (_____)_____

Por la presente yo autorizo a Prevea Health para que divulgue la información médica protegida a las siguientes personas:

1._____ _____ (___) _____
Nombre Parentesco con el paciente Número de teléfono

2-._____ _____ (___) _____
Nombre Parentesco con el paciente Número de teléfono

3._____ _____ (___) _____
Nombre Parentesco con el paciente Número de teléfono

Al firmar a continuación, reconozco que he tenido plena oportunidad de leer y considerar el contenido de esta autorización y entiendo que mi información médica protegida puede ser divulgada a las personas mencionadas anteriormente. Entiendo que el designar a las personas mencionadas anteriormente no excluye que Prevea Health divulgue mi información médica protegida según lo descrito en las Prácticas de Privacidad de Prevea Health.

Entiendo que tengo la opción de revocar esta autorización en cualquier momento y en ese momento puedo firmar una autorización nueva. Además entiendo que a menos que se revoque por escrito al llenar un formulario de autorización nuevo, esta autorización permanecerá vigente hasta que yo decida revocarla.

_____ _____
Firma del paciente Fecha

_____ _____
Representante personal (Parentesco con el paciente) Fecha