



HIPAA CONSENTIMIENTO PARA REVELAR INFORMACIÓN FORMULARIO

PARA USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA Y ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE NORMAS DE PRIVACIDAD

Nombre del paciente _____

Cuenta # _____

Dirección: _____

Telefono: _____

Acuse De Recibo : Yo, el paciente abajo firmante u otra persona legalmente autorizada para actuar en nombre del paciente, se ha proporcionado una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de Información de Salud Protegida , y he tenido el derecho de revisar el aviso antes de firmar este Consentimiento.

El consentimiento para el uso y divulgación de Proteger Información De Salud: Yo, el paciente abajo firmante u otra persona legalmente autorizada para actuar en nombre del paciente, comprende y acepta que toda la información médica en relación con el paciente antes mencionado ("Información de Salud Protegida ") será propiedad de Joseph P. Addabbo Familia del Centro De Salud. Doy mi consentimiento para el uso y divulgación de dicha información de salud protegida como se describe en el Aviso De Prácticas De Privacidad De La Información médica protegida Joseph P. Addabbo Familia del Centro de Salud. Excepto por las razones descritas en el Aviso, puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento utilizando el procedimiento en el Aviso .

Esto es para certificar que yo, el paciente abajo firmante u otra persona legalmente autorizada para actuar en nombre del paciente, han leído este Consentimiento para el Uso y Divulgación de la Información Protegida de Salud y Acuse de Recibo del Aviso de prácticas de privacidad, comprender su contenido, y aceptar su condiciones. Estoy de acuerdo en que este Consentimiento reemplaza cualquier y todos los consentimientos, autorizaciones previas, comunicados y otros permisos legales por escrito y firmadas por mí en relación con el uso y la divulgación de la información sobre salud Proteger cubierto por este Consentimiento, y libero a Joseph P. Addabbo Familia del Centro de Salud y sus proveedores de cuidado de la salud de todas las responsabilidades relacionadas con el cumplimiento de este Consentimiento.

Imprimir el Nombre del Paciente

Firma Del Paciente /Día

Los nombres impresos de Padre/ Tutor/
Representante Legal Autorizado

Firma del Padre/Tutor/Representante Autorizado /
Legal del Paciente

Base de la autoridad para actuar en Nombre
Del Paciente

Telefono de Representante

Dirección del Representante del paciente _____