



Colorado Kidney Care

Where Quality Comes to Life

Forma de autorización para la liberación de mis Archivos Médicos

La ley de HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996) dice que esta oficina no puede compartir su Información Protegida Medica sin su permiso, excepto en ciertas circunstancias. Por ejemplo, su Información Protegida Medica puede ser compartida sin su permiso si es para facilitar su tratamiento, pago o para otras operaciones en el área médica. Al firmar esta forma, usted nos está dando permiso para compartir su Información Protegida Medica tal y como usted lo decida. Entiendo que mi tratamiento médico y el pago por tal no será afectado al firmar esta forma. Yo entiendo que el tratamiento, pago, o elegibilidad a beneficios no cambiara o dependerá de mi firma. Al igual comprendo que yo tengo la oportunidad de revisar y obtener un duplicado de la información que se a divulgado según los términos de esta autoritario. Yo comprendo que si la organización a la que se lea divulgado la información no es el plan médico o proveedor medico el cual su identidad no es considerada o cubierta por la ley de HIPAA , la información ya no será protegida por la ley Federal de Privacidad. También comprendo que la información que se a divulgado según a esta autorización podrá ser compartida por los abajo nombrados entonces ya no será información protegida. También comprendo que esta autorización es voluntaria y puede ser anulada en cualquier momento solo con firmar y regresar la forma donde no autorizo. Además, entiendo que dicha revocación no se aplica en la medida en que la persona autorizada para usar y / o divulgar mi información de salud ya han actuado mis autorizaciones previas

Yo autorizo el uso / liberación de mi Información Protegida Médica como se describe a continuación:

Nombre del paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Personas / organizaciones a quien divulgar la información: _____

Persona /Organización quien reciba la información: _____

Información específica que debe de ser divulgada o usada (fechas si es necesario): _____

Para que será utilizada la esta información: _____

Fecha de vencimiento: _____

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Sección para revocar esta autorización: _____ / _____ / _____:

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Letra de molde: _____