

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PRIVACIDAD DE HIPAA

Autorización para nosotros o divulgación de información médica protegida (requerida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico)
Ley de Responsabilidad, 45 CFR Partes 160 y 164)

Autorizo a Sage Infusion, LLC DBA Sage Elevate a usar y divulgar la información médica protegida que se describe a continuación a mi médico remitente y a cualquier otra persona que sea necesaria para la coordinación de mi atención.

Esta autorización para la divulgación de información cubre el período de atención médica desde (marque una):

hasta que el consentimiento sea revocado por escrito O hasta la siguiente fecha (mm/dd/aa): _____

Alcance de la autorización (marque una):

Autorizo la divulgación de mis registros médicos completos (incluidos los registros relacionados con la salud mental, enfermedades transmisibles, VIH o SIDA y tratamiento del abuso de alcohol o drogas).

O

Autorizo la divulgación de mi historial médico completo excepto la siguiente información:

- Enfermedades transmisibles (incluido el VIH y el SIDA) • Otro (especifique): _____

Esta información médica podrá ser utilizada por la persona que autorizo a recibir esta información para tratamiento o consulta médica, facturación, pago de reclamaciones u otros fines que yo indique. Esta autorización estará vigente a menos que sea revocada por el paciente o representante legal.

- Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento.
- Entiendo que la revocación no es efectiva en la medida en que cualquier persona o entidad ya haya actuado en confianza o en base a mi autorización o si mi autorización se obtuvo como condición para obtener la cobertura del seguro y la aseguradora tiene un poder legal derecho a impugnar una reclamación.
- Entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no estarán condicionados a si firmo este autorización.
- Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede ser divulgada por el destinatario y no puede ya no estar protegido por la ley federal o estatal.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____

Nombre: _____

Relación con el paciente: _____

Relación con el paciente: _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Correo electrónico: _____

Esta autorización otorga permiso a los contactos de emergencia nombrados anteriormente para (marque todas las que correspondan):

Tener acceso a la información de mi historial médico y a la programación de citas.

Tener acceso a mi información de facturación y seguro

Nombre del paciente: _____ X _____

(Imprimir)

Firma del paciente o firma del representante legal

Si está firmado por el representante legal, relación con el paciente (por ejemplo, padre, cónyuge, etc.):

(Imprima su nombre y proporcione la relación)

Fecha de hoy