

Por la presente autorizo que se use o se comparta la información de salud protegida de:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Autorizo a San Antonio Kidney a compartir información de salud protegida sobre mí, mediante una copia de resumen o narración de mi PHI, o verbalmente a las personas u organizaciones que se enumeran a continuación.

Autorizo específicamente el uso y la divulgación de la siguiente PHI:

A. Autorización que se comparta la información de mi PHI que cubre el período de atención médica (marque uno):

Desde la fecha _____ hasta _____ O

Todos los períodos pasados, presentes y futuros

B. Por la presente, autorizo se comparta la información de mi PHI de la siguiente manera (marque uno)

Mi expediente médico completo (incluidos los expedientes relacionados con la salud mental, enfermedades contagiosas, el VIH o SIDA y tratamientos por abuso de alcohol y/o drogas). O

Mi registro de salud completo con la excepción de los marcados a continuación

Registros de salud mental

Enfermedades Contagiosas (incluyendo VIH o SIDA)

Tratamientos por abuso de Alcohol y/o Drogas

Otros (por favor especifique): _____

Autorización para compartir información de salud protegida (PHI) con respecto a mi facturación, condición, tratamientos, y pronósticos al siguiente individuo(s):

Nombre: _____ Parentesco: _____ Tel: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ Tel: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ Tel: _____

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento por escrito. Entiendo que una revocación no es efectiva en la medida en que cualquier persona o entidad ya haya actuado basándose en mi autorización o si mi autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro y la aseguradora tiene el derecho legal de impugnar un reclamo.

Firma: _____ Fecha: _____