

CERTIFICACION DE EL USO O DIVULGACION DE INFORMACION

Yo, _____, autorizo a **Resurgens Orthopaedics** a usar o divulgar la siguiente información protegida de salud:

(Describe la información que se puede usar o informar en términos específicos, incluyendo fechas y tipo de servicio)

La Información Protegida de Salud puede ser informada ha:

(Favor de escoger y proveer el nombre o entidades específicas a quienes se puede informar la información protegida de salud.)

___ Escuela: _____

___ Empleo: _____

___ Coach Atlético: _____

___ Compañía de Incapacidad: _____

___ Abogado de Oposición: _____

___ Abogado de Defensa: _____

___ Esposo o Esposa ___ Otras Personas: (por favor nombre o títulos)

Esta información protegida de salud será usada o informada para los siguientes propósitos:

Favor de indicar el propósito del paciente o razón(es) de informar.

___ **Por el pedido del paciente**

___ **Otra razón:**

Esta autorización será esforzada y en efecto hasta: (Escoje una de las siguientes respuestas)

Fecha _____

En el caso del siguiente:

No hay fecha de expiración.

Entiendo que la información que Resurgens Orthopaedics me ha proveído es conforme sobre el Aviso de Información Protegida de Salud, y tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento enviando en escrito una notificación por escrito dirigida a:

Atención: Privacy Leader/Site Manager

Entiendo que mi revocación escrita no afecta ninguna información protegida de salud antes divulgada.

Entiendo que la información usada o divulgada en relación a esta autorización puede ser sujeta a revocación por la persona y no podré continuar en protección bajo la ley federal o del estado.

Entiendo que: (Escoge una de las siguientes respuestas)

- El medico no puede rechazar el proveerme tratamiento basando en mi decisión de firmar o no esta autorización de divulgar información.
- El cuidado de salud ofrecido por el medico es solo con el propósito de crear información protegida de salud divulgándose solamente a la persona o entidad arriba mencionada. Ejemplo: Un abogado pidiendo un examen medico independiente.
- El tratamiento proveído por él medico esta relacionado para investigación y mi autorización de informar para divulgar dicha información es una condición para dar tratamiento.

Entiendo que bajo la ley federal tengo el derecho a investigar y pedir copias de la información protegida de salud para ser usada o divulgada (o la ley del estado que extiende que la ley del estado provee derechos mas allá.)

Entiendo que tengo el derecho de no firmar esta autorización.

Firma del Paciente o Representante Personal

Fecha

Nombre del Paciente o Representante Personal

Relación al Paciente

IDX Entry Date

Employee Initials

*Adiciones o cambios tienen que estar completadas en otra pagina y añadidas a esta pagina original.