



PRIVACIDAD DE LOS PACIENTES AVISO/AUTORIZACION PARA DIVULGAR

Debido a la ley de privacidad HIPAA de 1996 no es permitido reveler copia, transferencia, correo electronic etc. Cualquier informacion de salud esta protegida, no es dada a nadie sin su consentimiento. Se han hecho todos los esfuerzos para mantener sus registros seguros. A peticion usted teine el derecho de obtener copia de nuestra escrita polica privada en CVD.

Al firmar a continuacion, usted nos autoriza a divulgar su informacion medica a:

1. Medico De atencion Primaria en el archivo
2. Compania De Azeguranza
3. Miembros de Familia:

Nombre _____ Relacion _____

Nombre _____ Relacion _____

- Tambien reconozco que he recibido copia de nuestro aviso de practicas de privacidad relacionados con mi tratamiento.
- En el caso de que usted quisiera que su historial medico sea enviado a usted en nombre de una tercera persona, un historial medico de liberacion es necesario firmado por el paciente.
- Si ha elegido autorizar un miembro de su familia para recibir sus registros. CVD no puede ser considerado responsable en virtud de la ley de Privacidad HIPAA.
- Usted tiene el derecho de revocar o modificar esta autorizacion en cualquier momento, siempre y cuando sea atraves de una solicitud por escrito a los medicos tratantes de oficina.

_____ Firma de Paciente o Tutor Legal

_____ Nombre Impreso

_____ Fecha

_____ Testigo