



AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA REVELAR VERBALMENTE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA PARA TERCERAS PERSONAS

Al firmar esta autorización, autorizo a Full Circle Health a divulgar verbalmente cierta información de salud protegida (PHI) sobre mí a la persona nombrada a continuación con el fin de coordinar mi atención con el personal de programación, enfermería y proveedores. Específicamente, la siguiente información puede discutirse verbalmente con la persona autorizada: (Seleccione todas las que correspondan).

- Visitas de oficina
- Cargos, pagos, información de fractura
- Informes de rayos X y otras imágenes
- Pruebas/resultados de laboratorio
- Información sobre el SIDA/VIH:
- Informes de consulta
- Pruebas/resultados de patología
- Archivo completo
- Otro _____

Nombre de la persona que puede recibir su PHI

Relación con paciente

Número de teléfono

Esta autorización vencerá el _____. (Fecha de Vencimiento o Evento Definido. Si no se indica una fecha, esta autorización vencerá un año después de la fecha en que se firmó).

Cuando mi información se usa o divulga de conformidad con esta autorización, puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de la persona que la recibe y es posible que ya no esté protegida por la regla de privacidad federal HIPAA. Tengo derecho a revocar esta autorización por escrito, excepto en la medida en que Full Circle Health haya actuado basándose en esta autorización. Mi revocación por escrito debe enviarse al Oficial de privacidad de Full Circle Health en 777 N. Raymond St., Boise, ID 83704. Entiendo que Full Circle Health no puede condicionar la atención médica del paciente a esta autorización a menos que el propósito de la evaluación y el tratamiento del proveedor sea divulgar información consistente con esta autorización.

Escriba el nombre de Paciente quien su PHI está autorizado

Fecha de nacimiento o # de Seguro Social

Firmado Por: _____
Firma del Paciente o Guardián Legal

Relación al paciente

Fecha

FOR INTERNAL USE ONLY PARA USO INTERNO
Date Request Received _____