



**AUTORIZACIÓN PARA USAR O REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Paciente Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Otros nombres con los que el Paciente ha sido tratado: \_\_\_\_\_

**Yo Autorizo:**

Nombre: Full Circle Health

Dirección: 777 N Raymond St. Boise, ID 83704

Teléfono: (208) 514-2500 Fax: (208) 375-2217

Para **divulgar** mi información médica confidencial a:  Para **solicitar** mi información médica confidencial de:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Paciente recoger copias en papel  Portal del paciente/ MyChart  Registros en una unidad flash  Enviar copias por fax

**Para los siguientes propósito: (marque uno o más)**

- para proporcionar tratamiento  coordinación de la atención  a petición del paciente
- mercadeo / recaudación de fondos  transferencia de cuidado medico  Otro \_\_\_\_\_

**Autorizo PROVEEDOR y sus empleados, agentes o profesionales de la salud asociados a utilizar o divulgar la información protegida sobre la salud del paciente como se describe a continuación.**

- Visita Médica  Contabilidad de Visitas  Informes de Rayos X y otras imágenes
- Reportes de Consulta  Exámenes de Patología  Expediente completo
- Pruebas de Laboratorio  Cargos, pagos,  Otro \_\_\_\_\_
- Salud Mental/Notas de Asesoramiento  información de facturación

Salud proporciona entre (fecha): \_\_\_\_\_ y (fecha): \_\_\_\_\_

Esta autorización expirará en la fecha o evento siguiente: \_\_\_\_\_. Si no hay una fecha o evento específico que se indica, esta autorización expirará un (1) año desde la fecha de esta autorización.

- Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que el Proveedor ha tomado acción basada en esta autorización. Para revocar esta autorización, debo presentar una revocación por escrito a: **Full Circle Health: 777 N Raymond St. Boise, ID 83704**
- Entiendo que PROVEEDOR no puede condicionar la asistencia sanitaria del paciente en esta autorización a menos que la finalidad para la evaluación y tratamiento del PROVEEDOR es obtener y divulgar información a entidades de conformidad con esta autorización, el paciente está involucrado en el tratamiento relacionado con la investigación y el uso o revelación es para este tipo de investigación.
- Entiendo que la información divulgada por PROVEEDOR de conformidad con esta autorización puede ser divulgada por la entidad que recibe esta información y ya no puede estar protegida por las regulaciones de privacidad.
- Entiendo que puedo tener un cargo si hay más de 15 páginas se copian y que el pago es debido antes de la liberación de los archivos.

Firma Electronica

Fecha

Autoridad o su relación con el Paciente

For Office Staff Only	
Received:	_____
Processed:	_____
Amount: \$	_____

