



## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Mi firma autoriza La Clínica “White House” a obtener o divulgar información específica protegida sobre mi salud, a las personas nombradas a continuación.

Esta autorización permite La Clínica “White House” (información de contacto a continuación) poder obtener/divulgar la siguiente información:

\_\_\_\_\_ (favor de poner el nombre y la dirección)  
la siguiente información de salud personal:

\_\_\_\_\_ Todos los Registros Pertinente a la Continuación de Atención Primaria.

\_\_\_\_\_ Registros Pertinentes al Tratamiento, Enfermedad, Condición o Lesión Específica.

(favor de especificar) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Registros que Cubren el Período de atención medica \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Otro (favor de especificar) \_\_\_\_\_

Entiendo que esta autorización puede incluir información sobre exámenes del VIH, los tratamientos de VIH/SIDA y condiciones relacionadas al diagnóstico y tratamiento de drogas y/o abuso del alcohol, y las condiciones psiquiátricas o psicológicas de las organizaciones en la lista.

El propósito de esta revelación es:

\_\_\_\_\_ Atención Médica del Futuro

\_\_\_\_\_ Procesamiento de reclamación legal

\_\_\_\_\_ Procesamiento del Reclamación de

\_\_\_\_\_ Seguros Otro (favor de especificar) \_\_\_\_\_

Entiendo que yo tengo el derecho de cambiar o cancelar esta autorización en cualquier momento notificando el Oficial de Privacidad, por escrito, a Health Help, Inc., Atención: Oficial de Privacidad, 401 Highland Park Dr., Richmond, Kentucky 40475. También, yo entiendo que cualquier cambio o cancelación no afectara la acción tomada basada en la autorización previa de los cambios o cancelación.

Entiendo que yo no tengo que firmar esta autorización y que La Clínica de “White House” no pueden condicionar tratamiento o pago por no haber firmado esta asignación.

Entiendo que la información utilizada o divulgada en esta autorización puede ser sujeta a la revelación por el recipiente nombrado abajo y puede no ser protegida por las leyes federales y los reglamentos sobre mi privacidad de información de salud. Entiendo que yo tengo el derecho de inspeccionar y copiar la información divulgada.

Entiendo que La Clínica de “White House” puede recibir reembolso del recipiente nombrado por los gastos de suministros y mano de obra necesaria para divulgar mi información de salud personal.

Esta autorización expira en \_\_\_\_\_ (Insertar fecha o evento específico).

Certifico que yo recibire una copia de esta autorización (Si yo así deseo).

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Fimar del Paciente o Guardián

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente (si no es el paciente)

\_\_\_\_\_  
Fimar del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

McKee	Berea	Berea Primary Care	Richmond	Irvine	Mt. Vernon	Lancaster
1010 Main St South McKee, KY 40447 P: (606) 287-7104 F: (606) 287-4409	104 Legacy Dr. Berea, KY 40403 P: (859) 986-2323 F: (859) 986-7728	305 Estill Street Berea, KY 40403 P: (859) 985-1415 F: (859) 985-6752	401 Highland Park Dr. Richmond, KY 40475 P: (859) 626-7700 F: (859) 626-7703	30 Stacy Lane Rd Irvine, KY 40336 P: (606) 723-0665 F: (606) 723-0680	116 Progress Drive Mt. Vernon, KY 40456 P: (606) 256-2143 F: (606) 256-9762	103 Southern Soul Way Lancaster, KY 40444 P: (859) 792-4332 F: (859) 458-4038