



AUTORIZACIÓN PARA A REVELER LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

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

Esta autorización permite La Clínica "White House" (información de contacto arriba) poder obtener/revelar 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 Primeria Atención.

_____ Registros Pertinentes al Tratamiento, Enfermedad, Condición o Lesión Específica.

(por favor especificar _____)

_____ Registros que Cubren el Período de tiempo desde _____ a _____

_____ Otra (favor de especificar _____)

Mi indicación arriba reconoce que yo entiendo que esta autorización puede incluir el uso a revelación de información sobre de los exámenes del HIV, los tratamiento de HIV/AIDS y condiciones relacionadas, al diagnostico y tratamiento de drogas y/o abuso del alcohol, y las condiciones psiquiátricas o psicológicas de los organizaciones en la lista.

El propósito de esta revelación es:

_____ Atención Médica del Futuro

_____ Procesamiento de reclamación legal

_____ Procesamiento del Reclamación de Seguros

_____ Otra (favor de especificar _____)

Entiendo que yo tengo el derecho de cambiar o cancelar esta autorización a cualquier momento notificando el Oficial de Privacidad, en forma escrita, 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 se pueden condicionar tratamiento o el pago por no haber firmado esta asignación.

Entiendo que la información utilizada o divulgada en de esta autorización puede ser sujetó a la revelación por el recipiente nombrado arriba y puede no ser protegido 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 _____ (Lista una fecha o evento específico).

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

Firma de Paciente

Fecha de Nacimiento

Fimar de Paciente o Guardián

Relación a Paciente (si otra)

Fimar de Testigo

Fecha

McKee	Berea	Berea Primary Care	Richmond	Irvine	Mt. Vernon	Paint Lick
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	11652 Highway 52 E Paint Lick, KY 40461 P: (859) 925-2444 F: (859) 925-2334