

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

1. Autorizo el uso o divulgación de la información de salud de la persona mencionada anteriormente como se describe a continuación.

2. La siguiente persona u organización está autorizada a realizar la divulgación:

PRC-Salttillo
1022 Heyl Road
Wooster, OH 44691

3. El tipo y cantidad de información que se utilizará o divulgará es el siguiente (incluya fechas cuando corresponda):

Informes de evaluación

Otra información (por favor especifique): _____

4. Entiendo que la información en mi expediente médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud mental o conductual y tratamiento para el abuso de alcohol y drogas.

5. Esta información puede ser divulgada y utilizada por la siguiente persona u organización.

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Para el propósito de: _____

6. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi aseguradora el derecho de impugnar un reclamo bajo mi póliza. A menos que se revoque lo contrario, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición: entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al departamento de gestión de información de salud. Yo _____.

7. Si no especifico una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización vencerá en sesenta días. Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se utilizará o divulgará, según lo dispuesto en CFR 164.524. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y es posible que la información no esté protegida por las reglas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información de salud, puedo comunicarme con: **Beth Mulcahy** (800-262-1984 ext. 1349), **Privacy Officer for PRC-Salttillo**.

Firma del paciente o representante legal

Fecha

Relación con el paciente