



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Use este formulario para autorizar a Avenue 360 Health & Wellness a divulgar su información de salud protegida (PHI) a una persona o entidad específica. Debe completar todos los campos en este formulario.

Entiendo que:

- Se puede usar un formulario de autorización para una variedad de servicios o proveedores o múltiples.
- El uso individual del formulario de autorización es siempre voluntario.

I. Persona (Nombre e información de la persona cuya información de salud protegida se divulgará):

Apellido del Paciente:	Primer Nombre:	IN:	Fecha de Nacimiento: Mes / Día / Año	No. de Seguro Social: / /
Dirección Numero y Nombre de la calle: # de apt.		Ciudad:	Estado:	Zona Postal:
Teléfono Preferido: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular () -		Teléfono Alternativo: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo () -		Correo electrónico (Email):

Toda la información en la Sección I. pertenece a la persona para quien se solicita la autorización. El individuo será el paciente. Todos los campos en esta sección son obligatorios.

II. Autorización y Propósito:

Solicito y autorizo a Avenue 360 Health & Wellness a divulgar mi información de salud protegida como se describe a continuación.

Nombre	Parentesco al Paciente	Propósito
Dirección Numero y Nombre de la calle # de apt	Ciudad:	Estado: Zona Postal

Sección II. identifica a la persona / entidad que recibirá la PHI sobre el individuo en la Sección I. Un individuo podría autorizar la divulgación de su PHI a un cónyuge, pareja, pariente o amigo cercano.

III. Descripción específica de la información que se utilizará o divulgará.

- Fecha / hora de cita
 Diagnóstico
 Resultados de rayos X
 Medicamentos
 Pruebas de laboratorio / Resultados
 Facturación / Saldos de cuenta
 Resumen de registro médico
 Plan de tratamiento / cuidado
 Otro (especifique): _____

Indique información confidencial (se retendrá o no se compartirá):

- Salud mental
 Información/estado del VIH
 Información sobre el alcohol / drogas

La Sección III ayudará a determinar qué PHI el individuo en la Sección I permite que reciba la persona / entidad receptora identificada en la Sección II.

IV. Vencimiento y Revocación

Caducidad: esta autorización permanecerá vigente hasta que (marque una):

- Un año a partir de la fecha en que se firmó
 Otro (especifique fecha de vencimiento o evento) _____
 SIN FECHA DE VENCIMIENTO

Derecho a revocar: Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito al administrador del sitio de esta ubicación. **Entiendo que la revocación de esta autorización no afectará ninguna acción que la entidad mencionada anteriormente tomó en virtud de esta autorización antes de que la entidad mencionada anteriormente reciba mi aviso de revocación por escrito.**

Sección IV. solicita la fecha de "vencimiento" y una declaración sobre el derecho de revocación del individuo. Todas las autorizaciones válidas deben contener una fecha de vencimiento específica o un evento de vencimiento.

V. Firma (este documento debe estar firmado por la persona o el padre de un menor):

- Entiendo que esta autorización es voluntaria y que Avenue 360 Health & Wellness no puede condicionar mi elegibilidad de servicios a la firma de esta autorización.
- Entiendo que si estoy firmando esto en nombre de un menor de edad, esta autorización caducará cuando el menor cumpla 18 años, a menos que haya prueba de tutela legal.

_____/_____ Fecha: _____
 Firma del Paciente / Padre o Guardián Parentesco al Paciente

FOR OFFICE USE ONLY

Registration Staff Signature: _____ Date: _____