

CLINICA COMUNITARIA RIGGS
AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
de Seguro Social _____ - _____ - _____ # de Teléfono _____

Por este medio solicito a RIGGS que permita a:

Nombre persona autorizada _____ Relación _____
Dirección _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____
de Teléfono _____

- Traer mi hijo(a) a sus citas
- Solicitar citas para mi
- Recibir ISP/ expedientes médicos
- Otro (especificar) _____
- Recibir mensajes que contengan información de salud protegida (ISP)
- Recoger mis medicamentos (excluye sustancias controladas)
- Hacer todo lo anterior

Por favor escoja una CONTRASEÑA que usted y la persona autorizada pueden utilizar con el propósito de identificarse:

A menos que yo marque la casilla abajo, Yo autorizo a que los tipos de información arriba seleccionados incluyan información sobre salud mental, abuso de drogas/alcohol, e información sobre enfermedades transmisibles (VIH/SIDA, ETS).

- NO divulgue ninguna información sobre salud mental, abuso de drogas/alcohol o información sobre enfermedades transmisibles.**

Esta autorización será valida hasta que sea revocada o se expire. Esta autorización expira: _____ (Fecha de Expiración o Evento Determinado. (Por ejemplo: enero/1/2030, fecha cuando su hijo cumple los 18 años). Si yo no especifico una fecha de expiración, evento, o condición, esta autorización continuara hasta cuando yo deje de ser paciente de RIGGS, o hasta cuando yo la revoque por escrito.

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, excepto cuando esta acción se ha tomado en relación con lo autorizado. Yo entiendo que para revocar esta autorización, yo debo hacerlo por escrito y presentar mi revocatoria escrita a: Riggs Community Health Center. Servicio de Información en Salud, 1716 Hartford St. Lafayette, IN 47904. La revocatoria se hará efectiva 2 días después de ser recibida por el encargado de Privacidad de HIPAA o por el encargado del Servicio de Información en Salud.

Yo entiendo que no estoy obligado (a) a firmar esta autorización como una condición para que se me proporcione tratamiento médico. Yo entiendo que al compartir y divulgar los expedientes médicos y la información previamente protegida, estos expedientes e información pueden ser sujeto de acceso de nuevo por parte de la persona autorizada y puede ser que ya no sean protegidos por las regulaciones federales sobre la privacidad documental.

Firma _____ Relación con el Paciente _____

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

Nombre si no es el Paciente _____

Autorización Aceptada: _____ Fecha _____
Oficial de Privacidad de HIPAA o el encargado
del Servicio de Información en Salud

Autorización NO Aceptada: _____ Fecha _____
Oficial de Privacidad de HIPAA o el encargado
del Servicio de Información en Salud

Nombre _____

Motivo de NO Aceptacion _____