



Derecho de Acceso de HIPAA para de la Familia/Amigos(as)

Nota: Autoridad HIPAA para el Derecho de Acceso: 45 C.F.R. § 164.524

Yo, _____, doy permiso para que mis proveedores de atención médica compartan mi información médica protegida que se describe a continuación con.

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Información de salud que Contentnea Health puede compartir: (Marque A o B.)

A. Compartir mi registro médico y/o de salud dental (incluidos, entre otros, diagnósticos, pruebas de laboratorio, pronósticos, tratamientos y facturación). *Nota: incluso si elige esta opción, GCHC no compartirá notas de progreso de psicoterapia o notas de tratamientos de abuso de sustancias sin el consentimiento expreso por escrito del paciente). O

B. Comparta mi expediente médico y/o dental como se indicó anteriormente, pero NO comparta lo siguiente:

Enfermedad (incluida el VIH y el SIDA)

Otro(a) (por favor, especifica): _____

Entiendo que mi expediente médico se puede compartir a través de un registro electrónico/portal del proveedor, una copia impresa o de otra forma que se acuerde mutuamente entre mi proveedor y la persona designada.

Esta autorización estará vigente hasta (Marque uno):

Pasado, presente y periodos futuros, **O**

Fecha o evento: _____ a menos

que lo revoque. (NOTA: Puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento notificando a sus proveedores de atención médico, preferiblemente por escrito.)

Nombre impreso de la persona que otorga esta autorización

Fecha de Nacimiento

Firma de la persona que otorga esta autorización

Fecha