

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE HIPAA PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**F.D.N** \_\_\_\_\_

**SSN:** \_\_\_\_\_

**Fecha del incidente:** \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo el uso de la divulgación de información médica protegida sobre mí como se describe a continuación desde el siguiente centro:

---

- **Fechas de tratamiento de:** \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_
- **Propósito de la divulgación:**  Solicitud de individuo  solicitud de fines legales individuales, incluidas discusiones y procedimientos
- **Todos los registros médicos**  **Todos Facturación / libro mayor detallado**  **Otro**

1. Yo, el Paciente identificado anteriormente, o mi representante legal, por la presente solicito y autorizo a la firma de The Law Firm, Calhoun Law, P.C., 124 East Main Street, Lincolnton, NC 28092, para hacer el uso o divulgación solicitada, y para recibir divulgación de seguro médico protegido sobre mí. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este formulario al solicitud.
2. La información específica que debe divulgarse es la siguiente: Todos los registros, informes, radiografías, resúmenes y extractos de todos los registros y cualquier otra información que posea en relación con el examen, diagnóstico, pronóstico, atención y tratamiento u opiniones emitidas con respecto a todas y cada una de las condiciones que el Paciente identificado anteriormente tuvo en el pasado, pueda tener en el futuro. Autorizo el uso de una reproducción fotográfica estática del mismo en la misma medida que el original.
3. Autorizo la divulgación de información relacionada con el SIDA o infecciones por VIH, atención psiquiátrica y / o evaluaciones o información relacionada con el tratamiento por abuso de alcohol y / o drogas.
4. Entiendo que la información utilizada o divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de la persona, empresa o **instalación**. recibirlo y entonces ya no estaría protegido.
5. Por la presente revoco todas las autorizaciones anteriores otorgadas por mí para la divulgación de información médica por cualquier motivo o propósito. En cualquier caso, y solicitar específicamente que no se muestre, discuta o divulgue información médica de ningún tipo a ningún parte distinta a The Law Firm, Calhoun Law, P.C.
6. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a The Law Firm, Calhoun Law, P.C., por escrito de mi deseo de revocarlo y enviar o entregar la cancelación a la instalación o práctica de liberación nombrada anteriormente. Cualquier cancelación será se aplican solo a la información que aún no ha sido divulgada por el centro o la práctica. Sin embargo, entiendo que cualquier acción ya realizada en dependencia de esta autorización no se puede revertir, y mi revocación no afectará esas acciones.
7. Entiendo que el proveedor médico al que se le proporciona esta autorización no puede condicionar su tratamiento hacia mí. si firmo o no la autorización, y que negarme a firmar este formulario no impedirá mi capacidad de recibir tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios.
8. Ordeno y autorizo a The Law Firm, Calhoun Law, P.C., a pagar todas las facturas médicas impagas de las que tengan conocimiento incurridas debido a las lesiones sufridas en el incidente mencionado anteriormente. Dichos pagos se realizarán antes de cualquier distribución. de los ingresos para mí y se hará con las sumas recibidas por The Law Firm, Calhoun Law, P.C., en mi nombre después de que se hayan pagado los honorarios y costos del abogado.
9. Esta autorización vence en \_\_\_\_\_, o el siguiente evento que se relaciona conmigo o con el propósito del uso previsto o la divulgación de mi información.

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_ Certifico que soy el tutor legal del Paciente identificado anteriormente.

\_\_\_\_\_ Por la presente certifico que soy el Administrador / Administradora del patrimonio de los arriba identificados y ahora paciente fallecido.

\_\_\_\_\_  
FIRMA