



Autorización para compartir información de salud con familiares o amigos

(Este formulario NO autoriza la publicación de copias de la historia clínica)

Nombre completo del paciente: _____
(Primero) (Medio) (Último)

Muchos de nuestros pacientes permiten que los miembros de la familia, como sus padres, abuelos, tutores u otros, llamen y discutan su información médica / de facturación, soliciten recetas; la información sobre vacunas, los registros médicos y los resultados de las pruebas también recogen formularios, etc. Bajo los requisitos de HIPAA no estamos autorizados a divulgar esta información a nadie sin el consentimiento del paciente. Si desea que cualquiera de su información médica sea divulgada a familiares o amigos, debe firmar este formulario.

- me niego a que mi información médica sea discutida con familiares y amigos.
- doy permiso a Keystone Health para discutir mi información de salud mencionada anteriormente a las siguientes personas:

Nombre _____ Relationship _____

Nombre _____ Relationship _____

Name _____ Relationship _____

Name _____ Relationship _____

- Entiendo que debo firmar un formulario de autorización por separado que libere copias de mi expediente médico a otra persona.
- Entiendo que tengo el derecho de revocar mi permiso en cualquier momento, excepto cuando Keystone Health ya haya hecho divulgaciones en base a estas solicitudes. Entiendo que este permiso permanece en vigor hasta el momento en que lo revoque por escrito.

Firma del representante del paciente/persona

Fecha

Representante Personal/ Relación con el paciente

Firma del miembro del personal