

ASSOCIATES IN NEPHROLOGY

7981 Gladiolus Drive, Fort Myers, FL 33908

Autorización para Divulgación o Uso de Información Médica Protegida y Reconocimiento de Recepción de Prácticas de Privacidad

Se me ha presentado una copia de este *Aviso de Prácticas de Privacidad* de prácticas, detallando como mi información puede ser utilizada y divulgada según lo permitido por la ley federal y estatal. Entiendo el contenido del Aviso y solicito las siguientes restricciones relativas al uso de mi información médica personal:

1. Podemos ponernos en contacto con usted por teléfono como se describe en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad? **SI** **NO**
2. Podemos dejar un mensaje en su máquina o con cualquier miembro del hogar? **SI** **NO**

Por favor complete este formulario en su totalidad. Se supone que los artículos no marcados o los espacios en blanco no rellenos son inaplicables o no están específicamente autorizados para su liberación. Esta liberación no es válida si no contiene la firma del paciente y la fecha firmada o si ha expirado como se describe a continuación.

Por la presente autorizo: **ASSOCIATES IN NEPHROLOGY PROVEDORES, 7981 Gladiolus Drive, Fort Myers, Florida 33908**

Divulgar o utilizar la siguiente información de los registros de salud de:

Su nombre: _____ **Fecha de nacimiento** _____ **# Seguro Social** _____

Esta información puede ser utilizada o divulgada a (NOMBRE de proveedor(es), entidad(s), familiares, amigos o clase de personas):

Medico de referencia: _____ **Numero Telefono** _____

Medico de cabecera: _____ **Numero Telefono** _____

Medico: _____ **Numero Telefono** _____

Medico: _____ **Numero Telefono** _____

Nombre: _____ **Relacion a paciente** _____ **Numero Telefono** _____

La siguiente información puede ser divulgada o utilizada (por favor marque todas las que aplican):

- The registro medico completo*
- Registros medicos relacionados con:** * _____
Condiciones específicas: _____
Fecha(s) específica(s) de: _____
Prueba(s) específica(s) _____
- Registros de un medico específico:** * _____
Todos los registros del medico(s) _____
Registros Especificos del medico _____
Medico Especificamente: _____

* Entiendo que estos registros pueden incluir información reaccionada con: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) / virus de inmunodeficiencia humana (VIH), o enfermedades de transmisión sexual, o tratamiento para el abuso de alcohol y las drogas, o Servicio de salud conductual atención psiquiátrica.

Afirmación de recepción de la práctica de privacidad y liberación :

Al firmar a continuación reconozco que he recibido el *Aviso de Práctica de Privacidad* y doy mi permiso a la entidad o clase de personas mencionada anteriormente para divulgar si la información que he seleccionado en este formulario a la entidad o clase de personas He nombrado. Entiendo que esta versión es válida hasta un año a partir de la fecha que firmo y que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado medidas en función de esta autorización o, si corresponde, durante un período de irrefragabilidad. La revocación debe hacerse por escrito y darse a esta oficina. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización. Entiendo que los Associates in Nephrology no pueden negar o negarse a proporcionar tratamiento/pago si me niego a firmar esta autorización. Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede ser divulgada por el destinatario y ya no está protegida por las leyes federales y estatales de privacidad. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización si solicito una.

Firma del Paciente - Tutor/ Representante Legal

Fecha Firmada – (No valido por mas de un año)