



HIPAA Forma de Consentimiento

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Bajo los requisitos de HIPAA nosotros no tenemos el derecho de compartir su información de salud con nadie sin su consentimiento. Si usted desea que su información cuenta médica o facturas sea divulgada con su familia o amigos usted debe firmar esta forma. Al firmar esta forma nosotros daremos información a los individuales indicados abajo.

Yo, o mi individual autorizado, permite que Johnson Health Center pueda hablar con los siguiente(s) individual(es) con aspecto a mi cuenta médica o información de facturas:

- 1. _____ Relación: _____
¿Usted permite que los individual(es) mencionado haga citas de su parte? __ Sí __ No
¿Permite usted que nosotros divulguemos la información el uso de sustancias? __ Sí __ No
2. _____ Relación: _____
¿Usted permite que los individual(es) mencionado haga citas de su parte? __ Sí __ No
¿Permite usted que nosotros divulguemos la información el uso de sustancias? __ Sí __ No
3. _____ Relación: _____
¿Usted permite que los individual(es) mencionado haga citas de su parte? __ Sí __ No
¿Permite usted que nosotros divulguemos la información el uso de sustancias? __ Sí __ No
4. _____ Relación: _____
¿Usted permite que los individual(es) mencionado haga citas de su parte? __ Sí __ No
¿Permite usted que nosotros divulguemos la información el uso de sustancias? __ Sí __ No

Como la persona firmando este consentimiento, Yo entiendo que, 1) El Proveedor Divulgando y sus empleados, agentes y voluntario, son liberado de cualquier responsabilidad legal o de divulgación de responsabilidad de la información anterior al ex tentó de indicado y autorizado aquí, y la información puede ser re-divulgado por el recipiente o perder la protección proveído por ley, 2) Yo puedo revocar mi consentimiento a cualquier tiempo, por escrito. Amenos que lo revoque antes, este consentimiento se expirará a partir de un ano de la fecha firmada.

(Firma de la Persona Dando Consentimiento) _____ (Fecha) _____

Mi relación al paciente es: __ Mismo __ Padre __ Poder de Abogado __ Guardián Legal

Staff Use:
Identification presented: DL __ State ID __ Other _____ Staff Name: _____