

AUTORIZACION DE CADA PACIENTE

ISBELL MEDICAL GROUP, P.C.

550 Medical Center Drive
P.O. Box 680199
Fort Payne, AL 35968
Telephone: (256) 845-3121

Indica aqui se esta autorizacion es para notas de sicoterapia.

Si esta autorizacion es para notas de sicoterapia, no debes usarla como autorizacion para ningun otra clase de informacion de salud protegida.

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ # de Seguro Social _____

Entiendo que como parte de mi cuidado medico, esta organizacion da origen y mantiene los expedientes dando detalle de mi historia medica, sintomas, resultados de la examinacion y prueba, diagnosis, tratamiento y cualquier plan para cuidado o tratamiento en el futuro.

Entiendo que, si las personas o organizaciones a quienes autorizo que reciban y/o usen la informacion de salud protegida, detallada en lo que sigue, no son planes de salud, proveedores de atencion medica o centros de informacion de salud sujetos a las leyes federales de privacidad, pueden revelar la informacion de salud protegida y ya no sera protegida por las leyes federales de privacidad.

Entiendo que la informacion sirve como:

- Una base para planear mi cuidado y tratamiento.
- Un medico de comunicacion entre los varios profesionales de asistencia medica que contribuyen a mi cuidado.
- Una fuente de informacion para aplicar mi diagnosis y informacion quirurgica a mi cuenta.
- Un medico por cual un pagador de tercera puede verificar que los servicios cobrados fueron realmente proveidos.
- Una herramienta para operaciones ordinarias de asistencia medica tal como evaluacion de la calidad de cuidado y revision de la competencia de los profesionales de la competencia de los profesionales de asistencia medica.

Entiendo que tengo el derecho a:

- Examinar o copiar la informacion medica protegida que sera usada or revelada (divulgada).
- Demandar restricciones en como se puede usar o revelar mi informacion medica para llevar a cabo tratamiento, pagos o operaciones de atencion medica-y la organizacion no tiene que estar de acuerdo con las restricciones solicitadas.
- Negarme a firmar la autorizacion.
- Una declaracion que la entidad cubierta puede recibir la remuneracion por el uso o divulgacionde la informacion solicitada.
- Una copia de esta forma.

Entiendo que puedo revocar esta autorizacion en cualquier momento dando el aviso en escrito. Sin embargo, entiendo que no puedo revocar esta autorizacion por alguna accion que haya pasado antes de recibir mi aviso en escrito o si la entidad cubierta habia pasado antes del aviso en escrito. Ademias, entiendo que si doy mi autorizacion con la condicion de obtener cobertura de seguro, y si revoco esta autorizacion, la compania de seguro tiene todo el derecho a disputar mis demandas bajo la poliza de seguro.

Describe especificamente la informacion que puede ser usada o revelada (divulgada), como fecha (o fechas) del servicio, nivel de detalle que puede ser liberado, el origen de la informacion, etc.

La informacion sera utilizada o revelada (divulgada) por el siguiente proposito ('por peticion del individuo' es suficiente descripcion de proposito cuando un individuo inicia la autorizacion y no hace, o elije a no dar una declaracion de proposito):

Solicito las siguientes restricciones a la utilizacion o divulgacion de mi informacion de salud:

Nombre/identificacion de la persona (o personas) a las que la entidad cubierta puede solicitar el uso o divulgacion:

Fecha de expiracion o evento que se relaciona con el individuo o la finalidad de la utalizacion o divulgacion:

La firma en esta autorizacion no es una condicion para recibir tratamiento. Mi medico no va a condicionar mi tratamiento, pago, inscripcion en un plan de salud o elegibilidad para beneficios (si es aplicable) sobre si doy autorizacion para el uso solicitado o de la divulgacion excepto (1) si mi tratamiento esta relacionado a estudios, o (2) servicios de atencion medica se proporcionan con el unico proposito de crear informacion de salud protegida para la divulgacion a un tercero.

Firma De Cada Paciente

He tenido la oportunidad de leer y pensar sobre el consentimiento de esta autorizacion y estoy de acuerdo con todas las declaraciones hechas en esta autorizacion. Entiendo que, por el hecho de firmar esta forma, estoy confirmando mi autorizacion para el uso y/o para revelar (divulgar) la informacion protegida de salud explicada en esta forma con las personas y/o la organizacion nombrada en esta forma.

X _____
Firma del Paciente o Representante Legal Fecha Firma del Testigo

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco haber recibido copia del Aviso de las Practicas de Privacidad cuales dan detalle de como se puede usar y divulgar la Informacion de Salud Protegida, y como puedo tener acceso a la informacion.

X _____
Firma del Paciente o Representante Legal Fecha Firma del Testigo