



Harbor Psychologist, Inc.

Autorización para Uso o Revelación de Información Personal y de Salud

EXPLICACIÓN

A usted le pide esta autorización para uso o revelación de su información medica, para obedecer los requisitos del Acto de Confidencialidad de Información Medica de 1981, Código Civil Sección 56 y El Acto de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguro Medico de 1996 (conocido en ingles como HIPAA).

AUTORIZACION

Por la presente, yo autorizo (nombre de doctor, hospital o proveedor de cuidado medico):

Para proveer a (nombre de persona solicitada):

Archivo medico y información referente a historia medica, condición mental o física, servicios recibidos, o tratamiento de (nombre del paciente):

Esta autorización está limitada al siguiente archivo medico, y tipo de información:

USO

La persona solicitada puede usar la información personal y de salud sola para los propósitos siguientes:

DURACIÓN

Esta autorización entrará en vigor de inmediato y quedará en vigor a partir de (fecha):

Entiendo que si quiero revisar o cancelar esta autorización debo hacerlo por escrito.

LIMITACIONES

Entiendo que la persona solicitada no puede usar o revelar de otra manera, la información de salud privada, sin que me obtenga otra autorización, o a menos que tal uso o revelación sea específicamente requerido o permitido por la ley. También entiendo que el tratamiento no puede depender de firmar esta autorización.



Harbor Psychologist, Inc.

COPIA ADICIONAL

También entiendo que tengo derecho de recibir una copia de esta autorización a mi petición.

Copia pedida y recibida ____ Sí ____ No Iniciales _____.

FIRMA

Fecha:
/ PM

Hora:

AM

Firma:

Si firma es de persona otra del paciente, indicar relación:

Testigo:
