



Permiso para compartir información médica

Nombre del paciente en letra de imprenta (Printed Patient Name) Fecha de nacimiento (Date of Birth)

Si no es posible comunicarse conmigo por teléfono:

- Deje los resultados o un mensaje a la persona que designo a continuación
- Solo deje un mensaje con su nombre y número de teléfono para devolverle la llamada
- No deje ningún mensaje

Seleccione la Opción 1 o la Opción 2 a continuación

1 Las siguientes personas tienen permiso para interactuar con Five Rivers Health Centers en mi nombre (marque todas las casillas que correspondan).

Nombre y apellido en letra de imprenta

Relación con el paciente

Recibir mi información médica de parte de FRHC

Solicitar resurtido de medicamentos recetados

Número de teléfono

Hacer, cambiar o cancelar citas

Recibir mi información médica de parte de FRHC

Nombre y apellido en letra de imprenta

Relación con el paciente

Solicitar resurtido de medicamentos recetados

Número de teléfono

Hacer, cambiar o cancelar citas

2 Por favor, no compartir mi información médica protegida por la ley HIPAA.

Entiendo que esta autorización tendrá vigencia de un año a partir de la fecha de mi firma a continuación, excepto cuando yo especifique una fecha de caducidad anterior en este espacio _____.

También entiendo que, excepto hasta el punto en que se haya actuado basado en mi autorización, puedo anular esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a las partes involucradas (ver Aviso de prácticas de privacidad).

Fecha de hoy

Paciente o tutor

Paciente o tutor en letra de imprenta