

**HIPAA - USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

Reconozco que he recibido o se me ha ofrecido una copia del Aviso de prácticas de privacidad del Centro Médico, que proporciona información sobre cómo la práctica y las personas involucradas en mi atención en la práctica pueden usar y divulgar mi información de salud protegida. También entiendo que si alguna vez se modifica el aviso actual, el "Aviso de prácticas de privacidad" actualizado estará disponible para mí.

**PERMISO PARA DISCUTIR VERBALMENTE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

Según el aviso de prácticas de privacidad del Medical Eye Center, la práctica tiene permiso para divulgar su información médica y de facturación a sus proveedores de atención médica actuales. Si hay alguien a nivel personal (miembros de la familia, amigos, etc.) a quien le gustaría tener acceso a su información médica y de facturación en su nombre, proporcione su información en los espacios provistos a continuación. Marque "Declaro" a continuación si no hay nadie a quien le gustaría agregar para hablar en su nombre.

* Información médica, incluidos mis síntomas, diagnóstico, medicamentos y plan de tratamiento
* Información de facturación y pago

El Medical Eye Center tiene permiso para discutir la información anterior con

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE** | **NÚMERO DE TELÉFONO** | **RELACIÓN** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* Rechazo el permiso para discutir información médica con cualquier persona que no sea yo.

NOMBRE DE IMPRESIÓN DEL PACIENTE FIRMA DEL PACIENTE FECHA