



Autorización para familiar o persona designada

Nombre de Paciente:

Fecha de nacimiento:

Dirección:

Nombres Anteriores:

Autorizo que mi información médica protegida se comparta con:

Nombre: _____ Relación con la paciente _____

Nombre: _____ Relación con la paciente _____

Nombre: _____ Relación con la paciente _____

Nombre: _____ Relación con la paciente _____

La(s) personas nombradas(s) anteriormente están autorizadas a obtener información de la siguiente manera:

- Verbalmente: mediante llamada telefónica o en persona
- Escrito: formato impreso e electrónico
- Esto autoriza a las personas mencionadas anteriormente a obtener información de salud ilimitada.
- Esto autoriza a las personas mencionadas anteriormente a obtener información de salud relacionada con estas condiciones limitadas:

Esto autoriza a las personas mencionadas anteriormente a acompañar a este paciente a las citas y autorizar el tratamiento.

Entiendo que la información que se divulgara puede incluir mi información médica pasada, presente o futura. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Esta autorización no caducara a menos que yo o mi representante legal la revoquemos al notificar el fallecimiento. Entiendo que la información divulgada conforme a esta autorización podría ser divulgada por el destinatario y podría dejar de estar protegida por la HIPAA.

Nombre Impreso: _____ Date _____

Firma del paciente o firma de la persona autorizada

Autoridad de la persona autorizada:

(Madre/ Padre, Guardiana, Poder Notarial):



RIVERLAND COMMUNITY HEALTH