

EAR, NOSE AND THROAT ASSOCIATES OF CHESTER COUNTY

LA AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

NOMBRE PACIENTE (impreso): _____ LA FECHA DEL NACIMIENTO: _____

Dirección Paciente: Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

El número de teléfono donde podemos al canzar usted: _____

Yo, _____, por la presente autorizo ENTACC a liberar el siguiente Información
Protegida de Salud con respecto a fechas de tratamiento:

LA INFORMACION DEL CHEQUE PARA SER LIBERADA: (describa específicamente la información
para ser utilizada o para ser revelada, tal como la fecha (las fechas) de servicios, el tipo de servicios, el
nivel de detalle para ser liberado, el origen de información, etc.)

_____ La Radiología Informa _____ Consultas _____ La Vista Prueba

_____ El Laboratorio Informa _____ La Historia y Físico _____ La Oficina

LA INFORMACIÓN PARA SER LIBERADA A:

Individuo u organización: _____

Dirección: _____

Entiendo que esta información es solicitada para el propósito especificode: _____

Un copiar y enviar cargan (y la carga de la revisión del gráfico, si requerido) será basado en nuestros
costos. La practica debe recibir el pago del paciente o la remuneración de un terceros a cambio de
utilizar, enviar o reveler la información protegida de brezo.

He sido informado que puedo revocar esta autorización (menos a la extensión que esa acción ha sido
aceptada la dependencia sobre eso) por communication escrita al "Oficial de la Intimidad", ENTACC, 80
West Welsh Pool Road, Suite 103, Exton, PA 19341 bajo el Acto de la Ley de Pennsylvania 148. Silos
informes psicológicos sonde ser mandados he sido informado de mi derecho, sujeto a la seccion 5100-34
dolos Procedimientos Mentales del Salud Actuán, 1984, para inspeccionar la información para ser
liberada, yo no tengo que firmar esta autorización para recibir el tratamiento de ENTACC. De hecho, yo
tengo el correcto para negarse a firmar esta autorizacion cuando mi información es utilizado o es
revelada segun esta autorización, puede ser susceptible a la re-revelacion por el recipiente y puede ya
no es protegido por la Regla Federal de la Intimidad de HIPAA. Entiendo que puedo inspeccionar y lo
copiar la información para ser revelada. Entiendo que si tengo cualquier pregunta acerca de la
revelacion de mi información de la salud, yo puedo contactar al Oficial de la Intimidad listo como arriba.

ESTE CONSENTIMIENTO TENDRÁ VIGENCIA DURANTE 180 DÍAS DE LA FECHA FIRMADA A
MENOS QUE ESPECIFICADO DE OTRO MODO POR EL PACIENTE DE EXPIRAR
EN: _____ (NO PUEDE EXCEDER 180 DIAS)

La Firma de Guardián Paciente/Legal

Fecha

Testigo

Relación/Título

Fecha

LAS INSTRUCCIONES: 1. Completa todos blancos y firma.
2. Vuelva "La Atención Registros Médicos".

Verificar estos blancos permitirán la liberación de información especifica al encima de la
individual/organización denominada.

• PERMITA POR FAVOR 1-2 SEMANAS PARA PROCESAR •