

Autorización para el uso y/o la revelación de información de salud protegida ("PHI")

La autorización para el uso y divulgación de información médica que se solicita de usted es para cumplir con los términos de las reglas federales de privacidad de HIPAA, 45 C.F.R. 164.508

Por favor escriba claramente

***Campos requeridos**

Nombre De Miembro* _____
Apellido Nombre Inicial

Domicilio* _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Número de teléfono* _____

Fecha de nacimiento* _____ Numero de identificación de miembro#* _____

Plan de la salud* _____

Dirección de envío: (Especifique dónde desea que se le envíe su información médica si es diferente a la anterior)

Nombre Miembro _____
Apellido Nombre Inicial

Domicilio _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

1. Yo autorizo el uso del nombre del individual nombrado arriba de Información Protegida de Salud, (PHI) Información de salud protegida (PHI) tal como se describe a continuación.
"Todas las cuestiones médicas relativas a los pagos médicos, autorizaciones, cuentas médicos y el tratamiento"
2. La organización o los individuos siguientes son autorizados a revelar mi información de salud protegida.
La organización: North American Medical Management California, Inc. /PrimeCare Medical Network, o cualquier grupo médica afiliado.

3. Esta información puede ser revelada y utilizada por el siguiente individuo o organización:

Nombre* _____
Representante PHI

