

S. Reed Shimamoto, MD • Neal Jain, MD

FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DEL PACIENTE

Dado que la legislación de HIPAA entró en vigor en abril de 2003, ya no estamos autorizados a asumir automáticamente que nuestros pacientes nos autoriza a dar información sobre su atención a nadie más que a sí mismos. Ni siquiera a los padres de los pacientes de 18 años de edad, abuelos o a niñeras. Por esa razón, por favor escriba los nombres de todos los miembros de la familia, los amigos, enfermera de la escuela, etc, que usted nos da permiso para divulgar la información acerca del paciente. Si alguien no está en este cuestionario y nos llama o nos pide información sobre el paciente (incluso para la información tan básica como la fecha de su próxima cita o cómo dar un medicamento), vamos a tener que negarle esa información hasta que tengamos en escrito su permiso para hacerlo.

Yo autorizo y acepto que San Tan Allergy & Asthma puede divulgar mi información de salud protegida a lo siguientes:

Nombre	Relación
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____

Autorización para la Divulgación de Información

Yo doy permiso para dejar un correo de voz detallado en relación con:

Toda la información sobre mi cuidado médico en San Tan Allergy & Asthma

O sólo lo siguiente:

Información de Medicamentos / Farmacia

Resultados de análisis / pruebas / resultados de radiología

La información relativa a las pruebas/ citas / inyecciones para las alergias

Información de su aseguranza médica / facturación

En el siguiente teléfono(s): _____

Reconozco y acepto que San Tan Allergy & Asthma puede divulgar mi información de salud protegida a las personas o número de teléfono indicado en este formulario, a menos que decida a parar la divulgación por escrito a San Tan Allergy & Asthma.

Paciente _____ **Fecha de Nacimiento** _____
(En letra de imprenta)

Firma _____ **Fecha** _____
(Firma del paciente, padre o gardian legal)