



Infusion Therapy Services
Specialty Mobility Services
Home Medical Equipment
Respiratory Services
Retail Store Front

Formulario de solicitud de autorización de privacidad HIPAA

Esta forma puede ser rellena por un paciente o representante personal del paciente y regresó a HME especialistas para autorizar el uso y divulgación de información de salud protegida para partes designadas diferente al paciente. Para este formulario para ser aprobados todos los campos son requeridos.

1. Autorización:

Autorizo a HME especialistas para utilizar y divulgar la información protegida de salud que se describe a continuación a las siguientes personas:

2. Efectivo Período:

Esta autorización para la liberación de información de salud protegida es válida para fechas de servicio durante el siguiente período de tiempo:

De _____ Para _____

3. Alcance de la autorización: (caja de la marca de verificación junto a la opción correspondiente)

- Autorizo mi expediente de salud completa para incluir todo diagnóstico, tratamiento e información de pago para el período anterior.
- Autorizo la publicación de cualquier información que se relacionan con diagnóstico y tratamiento, pero sin incluir toda la información de facturación.
- Autorizo la publicación de cualquier información que se relacionan con el pago y facturación preguntas solamente, no incluir el diagnóstico o tratamiento relacionados con servicios.
- Otros especifique:

4. Vencimiento:



Infusion Therapy Services
Specialty Mobility Services
Home Medical Equipment
Respiratory Services
Retail Store Front

Esta autorización en vigor desde la fecha revisará hasta _____ (fecha o evento), momento en que esta autorización vencerá.

- 5. Esta información médica puede ser usada por la persona que autorizo para recibir esta información para tratamiento médico, consulta, facturación, reclamaciones de pago o cualquier otro fin que puedo dirigir.
- 6. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento. Entiendo que esta revocación no estará en efecto hasta que especialistas de HME recibió este aviso y procesa la solicitud en mi cuenta.
- 7. Entiendo que mi tratamiento, pago o elegibilidad para recibir servicios de especialistas de la HME no se estar condicionada o no que firmar esta autorización.
- 8. Entiendo que la información usada o divulgada en conformidad con esta autorización puede ser revelada por el destinatario y no puede estar protegido por ley federal o estatal.

Firma del paciente o representante personal del paciente

Fecha

Nombre del paciente o representante personal del paciente

Si firmada por el representante personal del paciente indique a su relación con el paciente

HME Specialists
3901 Masthead St.
Albuquerque, NM 87109
Phone: 505-888-6500
Fax: 505-888-6505
compliance@hmespecialists.com

Por favor escriba a continuación el
paciente nombre y fecha de nacimiento o
número de identificación del paciente:
