



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

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Nombre del paciente _____

Dirección del paciente _____

Identificación del paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

1. Autorizo el uso o divulgación de la información de salud para el individuo arriba nombrado.
2. Autorizo a HME Specialists, LLC a hacer la divulgación.
3. El tipo y la cantidad de información que se va a utilizar o divulgar es:
 Registro completa
 Otro (información mínima necesaria): _____

-
4. Los siguientes individual u organización pueden recibir y utilizar la información autorizada:
Nombre _____
Dirección _____

5. Esta información será divulgada para el propósito siguiente:
-

6. Entiendo que puedo detener esta autorización en cualquier momento. Entiendo que para detener esta autorización, debo proporcionar HME Specialists, LLC con una petición escrita. Entiendo que mi petición de detener la autorización no se aplicará a la información que ya ha sido publicada en respuesta a esta autorización. Entiendo que mi solicitud para detener la autorización no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le dé a mi aseguradora el derecho de consentir una reclamación bajo póliza.
7. Esta autorización expirará (12) doce meses a partir de la fecha de la firma si no se especifica una fecha de caducidad o condición.
8. Entiendo que una vez que mi información sea revelada de acuerdo con esta autorización, el destinatario podrá redivulgarla y la información no podrá ser protegida por reglamentos federales de privacidad.
9. Entiendo que voy a obtener una copia de este formulario de autorización después de que lo firme.
10. Entiendo que HME Specialists, LLC no puede rechazar el tratamiento si me niego a firmar este formulario.

Firma del paciente o representante legal

Fecha firmada