

SOCIOS NORTEAMERICANOS EN ANESTESIA (NAPA)
AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Al firmar este formulario, autorizo a NAPA a obtener, usar y divulgar cierta información médica protegida de los registros de:

Nombre del paciente: _____
MRN# (Número de cuenta que aparece en el estado de cuenta): _____
Fecha de nacimiento: _____
DIRECCIÓN: _____
Número de teléfono: _____
Correo electrónico: _____

La siguiente información puede usarse y divulgarse (incluida la discusión por teléfono), marque todas las que correspondan:

- Historial médico
- Resultados de la prueba
- Medicamentos/Recetas
- Planes de tratamiento
- Información de facturación/seguro
- Todos los registros en posesión de NAPA
- Otro _____

Las personas o el grupo de personas autorizadas a recibir esta información son (nombre a las personas específicas o el tipo de persona). Por ejemplo, otros profesionales de la salud, familiares o cuidadores. Si necesita más espacio, incluya una página adicional.

Proveedor de atención médica/Familiar/Representante que recibirá información:

Nombre completo: _____
Relación con el paciente: _____
Número de teléfono: _____
Correo electrónico (si corresponde): _____

El propósito para el cual se utilizarán o divulgarán los registros es el siguiente (marque una):

- A petición del particular
- Seguro/Pago
- Otro (especificar): _____

Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, pero que dicha revocación no afectará las medidas ya adoptadas en virtud de esta autorización y, si corresponde, podría no surtir efecto respecto del derecho de la aseguradora a impugnar una reclamación. Entiendo que, para revocar esta autorización, debo enviar una notificación por escrito indicando mi intención.

para revocar esta autorización a:

NAPA
Atención: Oficial de Cumplimiento
1300 Concord Terrace, Suite 420
Sunrise, FL 33323

SOCIOS NORTEAMERICANOS EN ANESTESIA (NAPA)
AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

A menos que se revoque antes, esta autorización caducará (seleccione solo 1):

En la siguiente fecha: En _____
el siguiente evento: _____

Si no se indica ninguna fecha de vencimiento ni evento, se asume que esta autorización caducará un año después de su firma. Entiendo que NAPA no condiciona el tratamiento, el pago ni las operaciones de atención médica a mi consentimiento para firmar. esta Autorización.

Entiendo que la información que se utilizará y divulgará conforme a este formulario de autorización puede incluir información sensible, como información relacionada con (1) la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), (2) el tratamiento o antecedentes de abuso de drogas o alcohol, o (3) la salud mental o conductual, o la atención psiquiátrica. Entiendo que, en la medida en que cualquier destinatario de esta información, como se identificó anteriormente, no sea una "entidad cubierta" por la ley federal de privacidad, es posible que la información ya no esté protegida por dicha ley una vez que se le divulgue y, por lo tanto, este podría volver a divulgarla.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Si esta autorización está firmada por un Representante Legal:

Nombre impreso del Representante Legal: _____

Autoridad del representante para actuar en nombre del individuo: _____

Si la firma la realiza un representante de la persona, debemos verificar que usted es su representante. Adjunte cualquier documento que avale esta facultad (poder notarial, orden judicial, etc.). Como representante de esta persona, ¿podemos contactarle en la dirección, correo electrónico o número de teléfono indicados anteriormente? De no ser así, proporcione su dirección, correo electrónico y número de teléfono:

Si el paciente es menor de edad o no puede firmar:

Nombre del tutor o representante legal: _____

Relación con el paciente: _____

Firma del tutor legal o representante: _____

Fecha: _____

Devuelva esta autorización completa a:

Solo para uso del proveedor de atención médica:

Nombre/Apellido del representante de NAPA: _____

Fecha: _____