AllerVie HEALTH

allervie.com

Autorización del paciente para el uso o divulgación de información médica protegida

Nombre del paciente: _____ Médico: _____

Número de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Número de cuenta: _____

Por la presente autorizo a AllerVie Health a usar, divulgar u obtener mi información médica de la siguiente manera *(marque todas las que correspondan)*:

- ☐ **Usar** la siguiente información médica mantenida por AllerVie Health hasta *(si no se indica fecha, esta autorización vencerá después de 1 año)*: Fecha: _____
- ☐ **Divulgar** información médica a: _____

  Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

  Teléfono: _____
- ☐ **Obtener** información médica de: _____

  Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

  Teléfono: _____

Descripción específica de la información médica que se usará/divulgará/obtendrá *(incluya fechas de servicio, por ejemplo: fecha de la cita, tipo de servicio, etc.)*:

_____

Esta información médica se usará/divulgará/obtendrá para el siguiente propósito *(si la autorización la solicita el paciente, indique: "A petición del interesado")*:

_____

Al otorgar esta autorización, entiendo lo siguiente:

1. Entiendo que esta autorización es **voluntaria**. Puedo negarme a firmar la autorización y mi tratamiento o mis obligaciones de pago no se verán afectados.
2. Entiendo que la información médica que se divulgará puede estar sujeta a nueva divulgación por el beneficiario de la información y ya no estará protegida por las Reglas Federales de Privacidad.
3. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificándolo por escrito a AllerVie Health; sin embargo, si lo hago, no tendrá efecto sobre los usos o divulgaciones realizados antes de que se reciba la revocación.
4. Entiendo que recibiré una copia de este formulario de autorización después de firmarlo.

_____	_____	_____
Firma del paciente o del representante del paciente	Nombre del representante del paciente en letra de imprenta *(si corresponde)*	Fecha

Relación del representante con el paciente (si corresponde): _____

Enumere las ubicaciones de AllerVie donde recibe atención médica:

Nombre de la ubicación: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Envíe todas las solicitudes de registros a su sucursal local de AllerVie Health. Para encontrar la ubicación más cercana a usted, visite **allervie.com**.