



Section A:

Por la presente autorizo la divulgación de mi información médica personal e identificable como se describe a continuación. Yo entiendo que esta autoautorización es voluntaria, como también entiendo que, si la organización o entidad autorizada para recibir esta información, no corresponde a un plan de salud o a un proveedor de cuidados de la salud, la información aquí suministrada, puede no estar más protegida por las regulaciones federales de privacidad.

NOMBRE DEL PAIENTE

NUMERO DE IDENTIFICACION

Personas/o proveedores de la información:

Personas/organizaciones proveedores de la información:

Personas/organizaciones recibiendo la información: Descripción específica de la información (incluidas fecha (s)):

Sección B:

El paciente o sus representantes deberán leer y firmar con las iniciales de su nombre y apellido, las siguientes declaraciones

1. Yo entiendo que esta autorizacion se vence en (Mes/Día/Año)

FECHA

INICIALES

2. Yo entiendo que yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento, notificando por escrito al consultorio, pero si yo lo hago, esto no tendrá ningún efecto en ninguna de las acciones que ellos tomaron antes de recibir la revocatoria.

INICIALES

Firma y Fecha del paciente o su representante (La forma debe llenarse completamente antes de firmar)

NOMBRE EN IMPRENTA DEL PACIENTE O SU REPRESENTANTE

PARENTESCO O RELACION CON EL PACIENTE

USTED PUEDE NEGARSE A FIRMAR ESTA AUTORIZACION

Con mi firma en este documento yo reconozco que yo he recibido una copia de notificación de Practicas de Privacidad de Facial Plastic Surgery Associates Facial Plastic Surgery Associates Para Uso de la Oficina Solamente

NOMBRE

FIRMA

FECHA

Facial Plastic Surgery Associates Sólo Para usa de la Ofncina

NOMBRE DEL EMPLEADO DE FPSA

FECHA DE RECEPCION DEL RECONOCIMIENTO O RAZON POR LA CUAL EL RECONOCIMIENTO NO FUE OBTENIDO

NOMBRE

FECHA

Gracias por escoger FPSA