

Autorización para la liberación de información a familiares y/o amistades

Nombre del paciente _____ MR# _____ Fecha de nacimiento _____

Se le autoriza a **North Carolina Eye, Ear, Nose & Throat, PA** a platicar acerca de mi cuidado médico y puede liberar mi información médica a los siguientes:

Nombre

Relación

Nombre

Relación

Descripción de información que sera divulgada

_____ Cualquier información

_____ Información para la facturación

_____ Información de facturación familiar

_____ Información de resultados de exámenes o rayos-x.

_____ La siguiente información médica: _____

Derechos del paciente

You estoy consciente de que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento y que tengo el derecho de examinar o copiar la información médica protegida que se divulgará como lo describe este documento al enviar un aviso escrito a **North Carolina Eye, Ear, Nose & Throat, PA, Medical Records Department, 4102 N. Roxboro Rd, Durham, NC 27704**. Yo entiendo que las revocaciones no son vigentes cuando la información ya haya sido revelada pero la vigencia continuará.

Yo entiendo que la información utilizada o divulgada como resultado de esta autorización puede ser sujeta ser nuevamente divulgada por el recipiente y no podrá ser protegida por leyes federales o estatales.

Yo entiendo que tengo el derecho de rechazar mi firma en esta autorización y que mi tratamiento no sera condicionado al firmar esta autorización.

Esta autorización estará en vigencia y se ejecutará hasta que el paciente o representante se rehuse a firmar esta autorización.

Fecha _____

Firma del paciente o representante personal _____

Descripción de la autoridad del representante del paciente (adjunte la documentación necesaria)