



PREMIERE PRIMARY CARE

Autorización del paciente para el uso y la divulgación de la Información de Salud Protegida

La información de salud es solicitada por:

Médico: _____

Dirección: _____ Ciudad y código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Acct #: _____

La información de salud se compartirá con:

(nombre y dirección de la persona que usará o recibirá la información de salud)

Esta autorización permite que ICMC use y/o comparta la siguiente información de salud individual identificable acerca de mí (describir específicamente la información que utilizará o compartirá, por ejemplo, las fechas de servicios, los tipos de servicios, el nivel de detalle a compartir, la fuente de la información, etc):

La información será utilizada o divulgada para los siguientes propósitos:

(Si el paciente es quien solicita la divulgación, se puede especificar "a solicitud de la persona".)

Se pide indicar el/los propósito/s para que pueda tomar una decisión informada respecto de la divulgación de la información. La autorización expirará en:

_____ Escribir la fecha

No estoy obligado a firmar esta autorización para recibir tratamiento en ICMC. De hecho, tengo el derecho de negarme a firmar esta autorización. La información que sea utilizada o divulgada en virtud de esta autorización podría estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y podría dejar de estar protegida por norma de privacidad de la ley federal HIPAA. Tengo el derecho revocar esta autorización por escrito, excepto en la medida en que la institución haya actuado en base a la presente. La revocación por escrito debe enviarse al Oficial de Privacidad: Immediate Care Medical Center, 376 Vallombrosa Ave, Chico, CA 95926.

Firmada por _____

Firma del paciente o representante legal

Fecha

Relación con el paciente

Al firmar, autorizo a Immediate Care Medical Center (ICMC), a usar y/o divulgar determinada información de salud protegida (PHI) sobre mí.

Nombre del paciente en imprenta

Nombre del representante legal en imprenta, si corresponde

Autorización expedida por _____

Fecha de expedición

Expedida por _____

Chico Immediate Care Medical Center
376 Vallombrosa Avenue
Chico, CA 95926
Phone: (530) 891-1676
Fax: (530) 891-1833
Tax I.D. 68-0311224

Premiere Primary Care
376 Vallombrosa Avenue
Chico, CA 95926
Phone: (530) 809-0674
Fax: (530) 809-4085
Tax I.D. 68-0311224

Orland Immediate Care and Primary Care
1361 Cortina Drive, Suite A
Orland, CA 95963
Phone: (530) 865-3400
Fax: (530) 865-3386
Tax I.D. 68-0311224