

Danielle Acton, M.D. FAAFP
Mariedel Barroga-Schlegel, D.O
Sumana Reddy, M.D. FAAFP
Rafael Siqueiros, M.D.
Sharon Gehringer, PA-C



212 San Jose St. Suite 301
Salinas, CA 93901
(831) 770-0123
Fax: (831) 753-9717

AUTORIZACION DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACION DE INFORMACION DE LA SALUD PROTEGIDA (PHI) PARA PROPOSITOS SOLICITADOS POR LA OFICINA

SOLICITUD DE INFORMACION MEDICA DE:

PARA:

Nombre del individuo o de la organización

Dirección

Ciudad, Estado, Número de zona

Nombre del individuo o de la organización

Dirección

Ciudad, Estado, Número de zona

Esta autorización le permite a **Acacia Family Medical Group** que utilice y/o divulge (describa la información que permite revelar específicamente, tal como fecha(s) del servicio que le dimos, tipo de servicios, grado de detalles a divulgar, origen de la información, etc.) la siguiente información de salud individual identificable sobre mi persona:

La información será utilizada o divulgada para el siguiente propósito:

Si el paciente lo pide, el propósito puede ser escrito como "solicitado por el paciente." La oficina recibirá _____ no recibirá _____ pago u otra remuneración de una tercera persona a cambio de utilizar o divulgar el PHI. Me han proporcionado el/los propósito(s) para que yo pueda tomar una decisión inteligente sobre si permito que revelen la información o no. Esta autorización se vence el: _____

Fecha de vencimiento o evento definido

No tengo que firmar esta autorización para recibir tratamiento de **Acacia Family Medical Group**. De hecho, tengo el derecho negarme a firmar esta autorización. Cuando mi información sea utilizada o divulgada de acuerdo a esta autorización, puede que esté sujeta a volver a ser divulgada por el recipiente y puede que ya no esté protegida por el Reglamento Federal de Privacidad HIPAA. Tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito excepto en el caso que la oficina ya haya actuado ateniéndose a esta autorización. Mi revocación por escrito deberá ser dirigida al Oficial de la Privacidad en:

**212 San Jose Street, Suite 301
Salinas, CA 93901**

Firmado por: _____
Firma del Paciente o Guardián Legal

Relación con el Paciente

Letra de imprenta: _____
Nombre del Paciente o Guardián Legal

Fecha de nacimiento

Otros nombres usados por el paciente

Fecha

EL PACIENTE/GUARDIAN RECIBIRA UNA COPIA FIRMADA DE ESTA AUTORIZACION