



AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

De acuerdo con la normativa de privacidad, Connected Whole Health no puede usar ni divulgar su información de salud protegida, salvo en los casos establecidos en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, sin su autorización.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Fecha de la solicitud: _____

Por el presente documento, autorizo a Connected Whole Health y a cualquiera de sus empleados a usar o divulgar mi información de salud protegida a las siguientes personas, entidades o socios comerciales de su oficina:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Si **escribo mis iniciales** en los espacios a continuación, autorizo específicamente a Connected Whole Health a divulgar los siguientes registros:

_____ Registros médicos necesarios para la continuidad de la atención.

_____ Registros de análisis de laboratorio.

_____ Radiografías o estudios de imagen, incluidos los informes (no enviar placas de más de 2 años de antigüedad).

_____ Otros: _____

Para el siguiente propósito específico (describa en detalle): _____

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización mediante el envío de una notificación por escrito a esta oficina, y que dicha revocación no afectará la confianza o el uso previo de la información realizado por esta oficina conforme a esta autorización; tener conocimiento de cualquier remuneración involucrada derivada de actividades de comercialización permitidas en virtud de esta autorización y como resultado de esta; inspeccionar una copia de la información de salud protegida que se utilice o revele conforme a la legislación federal; negarme a firmar esta autorización; recibir una copia de esta autorización; y restringir la información que se revele mediante esta autorización. Además, entiendo que si no firmo este documento, no afectará mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud ni mi elegibilidad para beneficios, independientemente de que otorgue o no autorización para usar o divulgar mi información de salud protegida. Salvo que se revoque con anterioridad, esta autorización vencerá a los 180 días a partir de la fecha de firma. Entiendo que la información divulgada anteriormente puede volver a divulgarse a terceros y dejar de estar protegida por motivos que están fuera de nuestro control.

Firma del paciente o del representante legal autorizado

Fecha