



**Autorización del Paciente para la Divulgación de Información de Salud Protegida  
por Medios Alternativos**

Por favor, imprima toda la información, luego firme y coloque la fecha al final de esta autorización.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Propósito de la autorización - Es la política de esta práctica proporcionar comunicación con los pacientes, como se indica en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, "por teléfono u otros medios designados por usted para proporcionar resultados de exámenes y pruebas y para proporcionar información que describe o recomienda alternativas a su cuidado ". La práctica requiere la siguiente autorización para la liberación de Información Protegida de Salud (PHI) a través de medios alternativos (que no sean el número de teléfono principal que usted proporcionó).

Yo autorizo a la práctica a revelar o proporcionar PHI a mí como se describe a continuación. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a la práctica cualquier cambio en esta forma de comunicación y que cualquier revelación hecha a la dirección designada o al número indicado por mí, está sujeta a la declaración de re-divulgación dentro de esta autorización.

teléfono celular:     dirección de correo electrónico:     Correo postal:     número de fax:  
 teléfono:

Descripción de la información a revelar - Autorizo a la práctica a revelar la siguiente información de salud pública sobre mí. (Proporcione una descripción escrita de la información a revelar):

---

---

---

Propósito de la divulgación - Estoy autorizando los medios alternativos de comunicación para la divulgación de mi PHI para asegurar la confidencialidad de las comunicaciones de la práctica.

Vencimiento o terminación de la autorización - Esta autorización se renovará automáticamente, a menos que especifique una terminación con antelación. Si especifico una fecha de caducidad, entiendo que debo presentar una nueva autorización para continuar después de esa fecha.

(Indique la fecha de vencimiento deseada): \_\_\_\_\_

Derecho a revocar o terminar: Como se indica en el Aviso de Prácticas de Privacidad de la oficina, tengo el derecho de revocar o terminar esta autorización en cualquier momento. Esto se puede hacer en persona o por correo, pidiendo una solicitud por escrito a la práctica, a la atención de: "Privacy Manager".

Declaración de no condición: La práctica no establece ninguna condición para firmar esta autorización en su cuidado médico o tratamiento.

Declaración de re-divulgación - Entiendo que la práctica no tiene control sobre las personas que puedan tener acceso a la dirección de correo o correo electrónico, teléfono, celular o número de fax que he designado para recibir mi PHI. Por lo tanto, entiendo que mi PHI revelada bajo esta autorización ya no será responsabilidad de esta práctica.

Comunicación Segura - Tenga en cuenta que el correo electrónico regular no es seguro, y es posible que su PHI se vea comprometida durante la transmisión a, o desde nuestra práctica. No designe su correo electrónico como su método preferido de comunicación si esto le preocupa.

-----  
Firma del paciente

-----  
Fecha

Copias de autorizaciones firmadas están disponibles bajo petición.

7/31/2017