



FORMULARIO DE EXONERACIÓN MÉDICA

I. Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: __/__/____
Número de Seguro Social: _____ Teléfono: _____

II. Yo por la presente autorizo a **Premier Cardiology & Vascular Associates** a obtener mi Información de Salud Protegida de la(s) siguiente(s) organización(es) y/o persona(s).

Doctor o nombre del servicio: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ Fax: _____

III. Yo autorizo que la siguiente información sea obtenida:

IV. Propósito del requerimiento del desglose: Por favor, señale uno y provea la información requerida:

_____ Al requerimiento del paciente. _____ Iniciales del paciente
_____ Otro. Atención Continua del Paciente

Yo comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización a cualquier momento. Mi revocación debe ser mediante una carta dirigida al Departamento de Privacidad. Estoy consciente de que mi revocación no a efectiva a la medida que las personas que he autorizado que usen y/o revelen mi Información de Salud Protegida hayan actuado en confianza conforme a esta autorización. Yo entiendo que no debo firmar esta autorización y que **Premier Cardiology & Vascular Associates** no puede determinar el tratamiento en si es que he firmado o no esta autorización. Yo también entiendo que si la(s) persona(s) o organización(es) autorizado(s) a recibir esta información no es (son) un proveedor de salud o plan de salud, la información divulgada puede ser revelada y ya no estaría protegida por las normativas federales de privacidad.

Yo acepto que una copia o fax de este comunicado debe ser tan válido cuanto el comunicado original. Si yo autorizo a **Premier Cardiology & Vascular Associates** a enviar por fax esta información, Yo comprendo que hay riesgos inherente al faxear Información Protegida de Salud, y entiendo que una precio será cobrado para cubrir los costos de copiados, incluyendo los costos de los suministros y mano de obra de copiado y envío de Información Protegida de Salud liberada a cualquier otro aparte del proveedor de servicios de salud. Yo entiendo que recibiré una copia de este comunicado después de firmarlo.

Esta autorización expira en el año: _____ (Especificar fechas, si es que menor a un año)
Firma del Paciente/Responsable: _____ Fecha: _____
Nombre del Paciente (en letra Imprenta): _____
Relación con el paciente: _____