

# AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL O MIEMBRO DE LA FAMILIA

Es la responsabilidad de Temecula Valley Cardiología asegurar que la información de el paciente permanezca confidencial. Esto significa que la información acerca de su condición médica, facturación y aseguranza médica, o cualquier otra información acerca de su salud como lo identifica la ley: Portabilidad del Seguro de Salud y Contabilidad del 1996 ("HIPAA") no puede ser divulgada, ni aún a miembros de la familia, al menos que usted lo autorize por escrito, a la persona quien usted gusta que reciba esta información.

Si por alguna razón suceda un hecho de emergencia, o si a usted no le es posible dar autorización por la seriedad de su condición, la ley estipula que las reglas serán descartadas.

Reconocemos que habrá momentos en los que usted necesitaría que alguien mas este informado acerca de su condición médica, resuelva por usted asuntos de su facturación o aseguranza médica. En estos casos, si usted desea, puede designar a una persona con la que podremos hablar libremente. Para hacer esto posible, necesitamos que llene la parte inferior de este formulario.

- Solamente 2 (dos) personas podrán ser designadas para este encargo
- La autorización será valida hasta el día que usted la revoque por escrito
- Si usted no concede autorización a alguien, Temecula Valley Cardiología no podrá divulgar información con ningún familiar o amigo

Autorización:

Yo \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_, autorizó a Temecula Valley Cardiología, divulgar cierta o toda información acerca mi cuidado médico a las siguientes personas. Yo absuelvo a Temecula Valley Cardiología y a su personal de cualquier demanda de confidencialidad en conexión con la divulgación de esta información.

Nombre \_\_\_\_\_

Relación al Paciente \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Relación al Paciente \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

No deseo designar a ninguna persona en este momento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Legal/Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo de Oficina

\_\_\_\_\_  
Fecha