

Formulario de autorización de privacidad de HIPAA

Autorización para uso o divulgación de información de salud protegida (requerida por la ley de portabilidad y responsabilidad de seguros de salud, 45 C.F.R. partes 160 y 164)

1. Autorización

Autorizo a MMS Solutions a usar y divulgar la información de salud protegida que se describe a continuación a _____ .

2. Período de vigencia

Esta autorización para la divulgación de información cubre el periodo de atención de la salud desde:

a. _____ a _____

b. Todos los períodos pasados, presentes y futuros

3. Alcance de la autorización

a. Autorizo la divulgación de mi historial médico completo (incluyendo registros relacionados con atención de la salud mental, enfermedades transmisibles, VIH o SIDA, y tratamiento de abuso de alcohol o drogas).

b. Autorizo la divulgación de mi historial médico con la excepción de la siguiente información:

Registros de salud mental

Enfermedades transmisibles (incluyendo VIH y SIDA)

Tratamiento de abuso de alcohol/drogas

Otra (por favor especificar): _____

4. Esta información médica puede ser utilizada por la persona a la que autorizo a recibir esta información para tratamiento médico o consulta, facturación o pago de reclamaciones, u otros fines que yo pueda indicar.

5. Esta autorización tendrá validez hasta _____ (fecha o evento), en cuyo momento esta autorización caducará.

6. Comprendo que tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento.

7. Comprendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no estarán condicionados a si yo firmo esta autorización.

8. Comprendo que la información usada o divulgada conforme a esta autorización podrá ser divulgada por el receptor y ya no estará protegida por la ley federal o estatal.

Firma del paciente o representante personal

Fecha

Nombre del paciente o representante personal y su relación con el paciente*

Si el paciente no puede firmar este documento por algún motivo, por favor explique la razón aquí.



MMS Solutions
239 Mason Road
La Vergne, TN 37086



866.716.5486
866.750.0823 (fax)



mmspharmacy.com