

REN Dermatology & LASER CENTER

FORMULARIO DE LIBERACIÓN DE HIPAA

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ FDN: _____

Dirección de Envió: _____

MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO

Por favor llame al: (_____) _____ - _____ teléfono móvil teléfono de casa teléfono del trabajo

Por favor envíe un mensaje de texto: (_____) _____ - _____

Por favor envíe un correo electrónico a: _____

Si no puede comunicarse:

- Puede dejar un mensaje detallado sobre el método de contacto preferido
- Por favor, deje un mensaje de voz pidiéndole que devuelva su llamada
- NO DEJAR MENSAJES EN EL BUZÓN DEL TELÉFONO**

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Autorizo la divulgación de información, incluido el diagnóstico, los registros, los resultados de los exámenes, los cambios en la dosis de medicamentos y la información de reclamaciones. Esta información puede ser divulgada a:

Cónyuge: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

Niño: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

Otro: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

LA INFORMACIÓN NO DEBE SER REVELADA A NADIE MÁS QUE A MÍ

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: PROVEEDOR MÉDICO EXTERNO

Si desea que sus registros se envíen a otro proveedor fuera de REN Dermatology ingrese su información aquí:

Nombre del proveedor: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

Nombre de la práctica: _____ Fax: (_____) _____ - _____

AUTORIZACIÓN

Firma: _____ Fecha de hoy: _____ / _____ / _____
(Paciente o padre/guardián)

Esta versión caducará 12 meses después de la fecha de firma. La liberación permanecerá vigente durante 12 meses hasta que yo (o el padre/guardián del niño) la rescinda por escrito.