

Horizon Family Medicine, PA

FORMULARIO DE LIBERACIÓN DE HIPAA

Yo, _____, Fecha de Nacimiento: _____

(Nombre de Paciente)

autorizar la divulgación de mi información médica (incluidos, entre otros: exámenes, informes de diagnóstico y tratamiento, información de facturación y reclamos) de Horizon Family Medicine, a las siguientes personas...

Nombre de la persona y relación al paciente

número de telefono

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

() NO deseo divulgar mi información médica a nadie más que a mí mismo _____

(Iniciales aqui)

LEA Y FIRME ABAJO

Certifico que la información anterior es correcta y entiendo que este formulario HIPAA permanecerá en vigor hasta que yo mismo lo rescinda en persona.

Firma de Paciente o guardia

Fecha