

### Permiso para divulgar información

Tal como lo estipula la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act), usted tiene el derecho de solicitar que las comunicaciones relativas a su información personal de salud se realicen mediante canales confidenciales. Si solicita recibir comunicaciones confidenciales sobre su información personal de salud a través de medios alternativos, debe proporcionar una dirección alternativa u otro medio para contactarlo. Debe proporcionar algún medio de contacto.

Hurt Family Health Clinic le preguntará el motivo de su solicitud, y haremos lo posible para adaptarnos a todas las solicitudes razonables.

Hurt Family Health Clinic también utiliza entidades externas para divulgar cierta información personal de salud, como en la coordinación de historias clínicas por parte de terceros, los intercambios de información de salud (health information exchanges, HIE) con hospitales y proveedores médicos locales y el portal para pacientes.

Esta solicitud prevalece sobre cualquier otra solicitud previa para la comunicación de información enviada antes de la fecha que se indica a continuación.

#### Autorización ampliada

Por favor liste las personas que desee que tengan acceso a su información de facturación, consultas o salud como su cónyuge, cuidador u otro miembro de la familia. Esto excluye la información que está protegida por las leyes estatales y federales.

Apellido	Nombre	Relación con el paciente	Número de teléfono ( )
Apellido	Nombre	Relación con el paciente	Número de teléfono ( )
Apellido	Nombre	Relación con el paciente	Número de teléfono ( )

#### Si no desea agregar ninguna autorización extendida, marque la casilla a continuación:

- Yo (el paciente) no autorizo a divulgar información a nadie (esto excluye la información que está protegida por las leyes estatales y federales).

#### Restricciones a los métodos de comunicación

Nuestros métodos de comunicación con usted pueden ser a través de correo, correo electrónico seguro y teléfono, incluyendo dejar mensajes en su contestador automático / correo de voz. Indique a continuación las formas en que NO desea recibir comunicaciones:

- No deseo recibir llamadas en estos números de teléfono:  No deseo recibir mensajes ni correos de voz en estos números de teléfono:

- No deseo recibir correos en las siguientes direcciones:

<input type="checkbox"/> Intercambio de información médica (HIE)	<input type="checkbox"/> Coordinación de historias clínicas por parte de terceros	<input type="checkbox"/> Portal para pacientes	<input type="checkbox"/> Otro (especifique):
--	---	--	--

\_\_\_\_\_  
Firma (paciente o representante legal)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si está firmado por otra persona que no sea el paciente, indique la relación: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_  
(paciente o representante legal)