



&
The Center For Spine Care

AUTORIZACIÓN DE DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE LA SALUD

Yo, _____ (paciente), Fecha de nacimiento _____ solicite y autorice el acceso del siguiente cerca Lancaster NeuroScience & Spine Associates (LNSA) y The Center For Spine Care (CSC) a:

Nombre : _____

Dirección: _____

El nombre completo y termina la dirección requerida

Mi información protegida de la salud, incluyendo todos los informes escritos y orales, la evaluación substantiva del progreso, la historia, la diagnosis, el pronóstico, el curso del tratamiento, los informes y la atención y la conformidad con respecto a todo el cuidado o tratamiento, incluyendo toda informacion confidencial relacionadas con HIV o SIDA, expedientes mentales de la salud, expedientes del tratamiento del abuso de la droga y de alcohol, la información del abuso de niño, y expedientes del asesoramiento sexual del abuso y del asalto.

Consiento al lanzamiento de esta información confidencial y entiendo eso:

1. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento en escribir a: LNSA/CSC Attn: Privacy Officer
1671 Crooked Oak Dr.
Lancaster, PA 17601

Una revocación no afectará ninguna acción tomada antes de nuestro recibo de la revocación en confianza en esta autorización.

2. Esta autorización estará en efecto: ____ hasta que revoco esta autorización en la escritura
____ fecha o acontecimiento de vencimiento
3. El propósito de este acceso es _____

Reconozco que la información divulgada conforme a la autorización puede estar conforme al re-acceso del recipiente y protegido no más de largo por ley federal.

Yo, _____ (paciente) entienda que la información contenida en mis expedientes médicos es información confidencial protegida por ley federal y del estado. Entiendo que firmando este lanzamiento, consiento al lanzamiento de mi información médica confidencial. Acuerdo indemnizar, defender y considerarme inofensivo Lancaster NeuroScience & Spine Associates/The Center For Spine Care, sus agentes, criados, empleados, asignan, los sucesores en interés, los abogados, y los portadores de seguro y contra de todas las demandas, pérdidas, responsabilidades, daños, costos, incluyendo los honorarios del abogado, que pueden presentarse como resultado de o están de cualquier manera relacionada con el acceso incorrecto de expedientes médicos pacientes.

Firma del paciente o del representante personal

Fecha del recibo

Si el signatario antedicho es un representante personal, indique por favor la relación al paciente.

Relación al paciente (o a la otra autoridad)

Nombre impreso del representante