

# AUTORIZACION PARA USAR Y REVELAR INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA

## LIBERAR ARCHIVOS

- Me gustaria mis registros enviados a:** *Dr. Gary Behrmann, Pediatrics Phone#:(801)465-4877, Fax#:(801)465-4879  
1172 East 100 North, Suite 2, Payson, UT 84651 gbmd4877@yahoo.com*
- De: Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Numero de Fax: \_\_\_\_\_  
 Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_
- Me gustaria mis registros enviados desde:** *Dr. Gary Behrmann, Pediatrics Phone#:(801)465-4877, Fax#:(801)465-4879  
1172 East 100 North, Suite 2, Payson, UT 84651 gbmd4877@yahoo.com*
- A: Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Numero de Fax: \_\_\_\_\_  
 Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_
- Yo autorizo mi informacion de salud protegida enviada a:** \_\_\_\_\_  
 quin es \_\_\_\_\_ al paciente.

**Nombres entero de los padres del paciente:** \_\_\_\_\_

**Numero de telefo de casa:** \_\_\_\_\_ **Suplente numero de telefono:** \_\_\_\_\_

## Autorizacion para liberar informacion de salud de:

Nombre entero del paciente Number De Seguro Social	Fecha De Nacimiento	Vacunas	Registros De La Oficina	Registros Del Hospital	Laboratorios	Otros

**El proposito para esta revelacion es:**  Paciente solicitar  Tratamiento  Pagos efectos  Otro: \_\_\_\_\_

**Esta autorizacion permanecera en efecto:**

Desde esta fecha de esta autorizacion asta: \_\_\_\_\_.

Hasta que los siguiente eventos accure: \_\_\_\_\_.

A menos que, de otra manera conocido arriba , esta autorizacion estara en efecto hasta 180 dias desde la fecha firmada.

**Yo comprendo que:**

- Cuando Dr. Gary Behrmann, Pediatrics da a conocer mi informacion de salud por mi peticion, no garantizan que el beneficiario no ca a volver a revelar mi informacion de salud a un tercer partido. El tercer partido no puede se requerido a respetar a esta Autorizacion o aplicable al Federal y el estado de ley gobermante el uso y revelacion de mi informacion de salud.
- Mis archivos estan protegidos y no puede ser revelado sin mi permiso. \*Archivos de tratamiento de alcohol/drogas son protegidas por el Federal Rule CFR, parte 2.
- Esta Autorizacion estara en efecto hasta que la Autorizacion expira o yo proporcione una nota escrita de revocacion al Dr. Gary Behrmann, Pediatrics.

**Para ser usado si Dr. Gary Behrmann, Pediatrics solicita esta autorizacion:**

**Yo comprendo que:**

- Yo puedo rechazar a firmar o puedo revocar esta Autorizacion a cualquier tiempo por cualquier razon y que tal rechazo o revocacion no le hara efecto al comienzo, continuacion o calidad de tratamiento.
- Yo puedo solicitar en escrito a cualquier tiempo al Dr. Gary Behrmann, Pediatrics para inspeccionar y/o obtener una copia de la informacion de salud protegida mantenida en esta facilidad para ser usada o divulgada como previsto en el Federal Privacy Rule 45 CFR § 164.524
- Si yo tengo preguntas de esta revelacionde mi informacion de salud, yo puedo contactar al Dr. Gary Behrmann, Pediatrics Oficial de Privacidad , Cassi Bradford, at (801)465-4877 or in writing at 1172 E 100 N, #2, Payson, UT 84651.

Firma de Paciente o Representante Legal	Fecha:
Relacion al Paciente:	Firma de Testigo: (Opcional)

