

Twin Rivers Urgent Care

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR Y / O RECIBIR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

NOMBRE DEL SUJETO DE EXAMEN X	FECHA DE NACIMIENTO X	NO. SEGURO SOCIAL X
DOMICILIO DEL SUJETO DE EXAMEN X		TELÉFONO DEL SUJETO DE EXAMEN X

X YO AUTORIZO EL PROVEEDOR DE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE EL TEMA DE PRUEBA ANTERIORMENTE MENCIONADOS PARA FINES DE INVESTIGACIÓN Y PUBLICACIÓN REALIZADAS POR EL DR. GARY HARBIN Y INVESTIGADORES A LA CORPORACIÓN OCCUPATIONAL PERFORMANCE.

X YO AUTORIZO TWIN RIVERS URGENT CARE A DIVULGAR Y PROTEGER INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE EL SUJETO DE PRUEBA ANTERIORMENTE MENCIONADO A: (nombre del empleador) _____
y los oficiales de mi empleador, agentes, supervisores y proveedores de servicios médicos involucrados en mi empleo.

X Fechas De Prueba(s): _____
Las fecha(s) específica(s) - esta línea DEBE SER completada

Para los siguientes propósitos: **Al requerimiento del sujeto de examen y para todos los propósitos relacionados con la relación de empleo.**

VERIFIQUE EL TIPO DE INFORMACIÓN AUTORIZADA PARA SER UTILIZADA Y / O DIVULGAR (A menos que la casilla correspondiente está marcada, el Proveedor no revelará los registros que figuran en sus registros médicos elaborados por proveedores de servicios médicos que no están afiliados con el proveedor a menos que los registros fueron preparados en nombre del Proveedor)	
X Registro Entero	<input type="checkbox"/> Información Demográfica Del Sujeto De Examen
X Registros no preparados por o en representación del Proveedor. El proveedor no se hace responsable por la completación o exactitud de tal registros.	<input type="checkbox"/> Historia Médica Del Sujeto De Examen
<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Resultados de los Exámenes del Perfil de Capacidad Física®
	<input type="checkbox"/> Notas del Perfil de Capacidad de Física®

Esta autorización será efectiva inmediatamente de mi firma y no tiene fecha de expiración.

Entiendo que los registros para ser usada o divulgada conforme a esta autorización puede contener información que esté sujeta a protección especial en virtud de 42 C.F.R. 164.508 y algunas leyes estatales. Yo autorizo al Proveedor a utilizar o divulgar los registros que contienen información de otra manera si se incluyen dentro del alcance de esta autorización por marcar la casilla (s) a continuación:

- Documentos relativos a la participación de cualquier programa con asistencia federal de droga y abuso de alcohol.
- La información relativa al diagnóstico y tratamiento de la salud mental, dependencia alcohólica, drogas, o condiciones emocionales
- La información relativa a los exámenes del HIV, estado de HIV, o SIDA

Yo, el que firma por debajo, he leído lo del anterior y autorizar la divulgación de información de salud tal como se describe en este documento. Yo entiendo que el tratamiento no está condicionada a la ejecución de esta autorización. Entiendo que si la persona o entidad que recibe la información no es un proveedor de servicios médico o plan médico cubierto por regulaciones federales de privacidad, la información descrita anteriormente puede ser divulgada y deja de estar protegido por esas regulaciones. Tengo entendido que se podrán establecer costos para la preparación y el envío de copias de registros según permitido por ley. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento dándole una notificación escrita al Oficial de Privacidad designado al proveedor al que se le envió esta autorización. (Nota: La revocación no es efectiva para las revelaciones que ya se han hecho)

X _____ **X** _____
 Fecha Firma Del **Sujeto De Examen** o Agente Autorizado / Representante

X _____
 Nombre Del **Sujeto De Examen** o Agente Autorizado / Representante Agente Autorizado / Representante(s) Relación con El Sujeto de Examen

_____ #Teléfono del Agente Autorizado / Representante
 Domicilio del Agente Autorizado / Representante

_____ Firma del Testigo
 Fecha