



Robeson Family Practice Associates, P. A.

EIN: 56-1903627
1002-C East 4th Ave.

Red Springs, NC 28377

Phone: 910-843-3311 | Fax: 910-843-3599

Herman Chavis, MD | Kenneth Locklear, MD

Jonathan Chavis | Kimberly Mcilwain, PM

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD Y DOCUMENTOS MÉDICOS

Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 45 CFR Subtitle A, Subchapter C, Part 164.512 (e) (1) (iii)

Identidad del Paciente:

Nombre completo del Paciente

Seguro Social del Paciente:

La Fecha de nacimiento del Paciente

Oficina / Proveedor que los documentos deben ser entregados

Clase de las personas autorizadas a realizar la divulgación: Todos los médicos y otros proveedores de ha cuidado , examinado, tratado, consultado, dado radiografía ha (**nombre completo del paciente**) _____, Y cualquier otro hospital, clínica, centro de rehabilitación, o laboratorio en lo (**nombre completo del paciente**) _____ ha sido un paciente o residente de.

Descripción de la información que va ser divulgada: Tu sera el autorizado y dirigido por el paciente listado arriba para recibir la divulgación de los documentos, foto copias de los documentos medicos y toda la información referente ha (**nombre completo del paciente**) _____. físico, emocional, y mental permitir que el autorizado para examinar las radiografías, resultados de laboratorio y los registros médicos de cualquier tipo que reflejan el diagnóstico, tratamiento, pronóstico, y cualquier otra información relativa a las enfermedades o discapacidades. Dicha información deberá incluir de forma específica, pero no se limitan a, con detalle los registros y declaraciones, la historia y los informes físicos, operativos, informes de laboratorio / patología, informes de consultas y pedidos de los médicos, la descarga / resumen de la muerte, informes de radiografías/ images, otra radiográfica informa / imágenes, registros de la sala de emergencia, notas de enfermería, diagramas de flujo, los registros de farmacia y medicamentos, planes de cuidados, herramientas de evaluación, las herramientas, los resúmenes, los trabajadores sociales, legales y tiras de monitor, lecturas o impresiones de detección. Entiendo que la información que se especifica que se publicará puede incluir, pero no se limita a: la historia, el diagnóstico y / o tratamiento de abuso de drogas o alcohol, enfermedad mental, tratamiento psicológico y / o psiquiátrico, registros de consejería / notas, pruebas genéticas o contagiosas enfermedad, incluyendo virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Por la presente se autoriza y ordena poner a disposición toda la información para inspección y copia.

Doy permiso al portador de la presente autorización, para obtener o acceder a mi medicación (Rx) Historia electrónicamente, por teléfono, o por cualquier otra forma de comunicación. Entiendo que el portador de esta autorización será capaz de acceder a cualquier medicación que he recibido de cualquier farmacia o hayan sido recetados por cualquier instalación / proveedor o uno autorizado para recetar medicamentos.

Persona o entidad a la que información tiene que ser liberado/revelado: Robeson Family Practice Associates y sus agentes.

Propósito de esta autorización: A petición de los firmantes individuales y para la investigación de una posible reclamación y para su uso en posibles litigios y pleitos entre juicio, del juicio, después de un juicio, el recurso y ninguna división, extensión, continuación o rearchivado.

Duración de la autorización: Esta autorización expirará un (1) año desde la fecha de la firma. Yo entiendo que yo tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento poniéndose en contacto con Robeson Medicina Familiar en 1002C E 4th Ave. Red Springs, NC 28377 en forma escrita. Entiendo que la información usada o revelada en virtud de esta autorización presente, podrán ser objeto de divulgación y dejará de estar protegido. Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.

Una copia fotostática de esta autorización será considerada tan válida como el original.

Nombre de la persona legalmente autorizada para divulgar la información

Fecha de la firma

Firma de la persona legalmente autorizada para divulgar la información

Capacidad de la persona legalmente