PHCA MEDICAL GROUP

AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION.

I AUTHORIZE THE USE / DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION ABOUT ME AS DESCRIBED BELOW.
(YO AUTORIZO EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD ACERCA DE MÍ COMO SE DESCRIBE A CONTINUACIÓN)

Patient Name (Nombre del Paciente):_____

Date of Birth (Fecha de Nacimiento):_____ **Patient's SSN** (# Seguro Socia)l:_____

A. Person(s) or Organization(s) authorized to provide the information (**Las personas o las organizaciones autorizadas a suministrar la información):** **PRIMARY HEALTHCARE ASSOCIATES, INC.**

_____

B. Person(s) or Organization(s) authorized to receive the information (Personas o organizaciónes autorizada a recibir la información):

_____

C. Specific description of the information that may be used or disclosed (including date(s)) (Descripción específica de la información que puede ser usada o revelada):

_____

D. Specific description of how the information will be used (Descripción específica de la forma en que la información se utilizará):

_____

1) I understand that this authorization will **expire** on ***(****Entiendo que esta autorización caducará en****)*** _____.
2) I understand that I may **revoke** this authorization (except to the extent that action was already taken in reliance on this signed authorization) at any time by notifying ***PRIMARY HEALTHCARE ASSOCIATES, INC.*** in writing. ***(****Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación a* ***PRIMARY HEALTHCARE ASSOCIATES, INC****. por escrito.****)***
3) I understand that I can **refuse to sign** this authorization and that my refusal will not affect my ability to obtain treatment, payment or my eligibility for benefits (if applicable). ***(****Entiendo que se me puede negarse a firmar esta autorización y que mi negativa no afectará mi capacidad de obtener tratamiento, pago o mi elegibilidad para beneficios (si procede)****)****.*
4) I may **inspect or copy** any information used or disclosed under this agreement. ***(****Puedo verificar o copiar cualquier información utilizada o divulgada bajo este contrato.****)***
5) I understand that if the person or organization that receives the information is not a health care provider or plan covered by federal privacy regulations, the information described above may be redisclosed and would no longer be protected by these regulations. **(***Entiendo que si la persona o la organización que recibe la información no es un proveedor de servicios de salud o plan de normas federales de privacidad, la información descrita anteriormente puede ser redisclosed por lo que ya no estaría protegido por este reglamento***.)**

_____ _____
Patient's Signature or Patient's Representative — Date
(Firma del paciente o representante del paciente) — (Fecha)

_____ _____
Printed Name of Patient's Representative — Relationship to Patient
(Escribir nombre del representante del paciente) — (Relación con paciente)

NOTE:
You have the right to know specifically what information you are authorizing for release *(e.g., "results of a lab test performed on 1/4/03" or, if your entire medical record is included, "all health information.").*
You have the right to know the name(s) or other identification of the person(s) or organization(s) authorized to release the information *(e.g., the names of your health care provider(s)).*
You have the right to know who is going to use it and what it is going to be used for. *(e.g., John Smith, PhD / Research)*
YOU HAVE THE RIGHT TO RECEIVE A COPY OF THIS FORM **USTED TIENE EL DERECHO DE RECIBIR UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO*