



Solicitud Para Compartir Informacion Personal y Protejida

Camelback Women's Health NO PODRA dar informacion a cualquier persona que no sea la paciente sin tener autorizacion para hacerlo. Esto incluye esposos y padres en acuerdo con las leyes federales y del estado.

Si usted **NO QUIERE** que su informacion se comparta con otras personas, por favor de firmar abajo:

Firma de paciente

Fecha:

Sin embargo;

Si usted quisiera que su informacion sea compartida, por favor lea los siguiente:

Yo doy permiso a las siguientes personas que tengan acceso completo a mi informacion protejida, que incluye, pero no esta limitado a: resultados de laboratorio y/o radiologia, notas del doctor, evaluaciones y opiniones, y informacion financiera relacionada al estado de su cuenta, y historial de pagos:

Camelback Women's Health puede revelar cualquiera o todo lo anteriormente citado a las siguientes personas:

Nombre: _____ Relacion: _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre: _____ Relacion: _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre: _____ Relacion: _____ Fecha de nacimiento _____

Yo entiendo que esta autorizacion estara en efecto por un ano si no doy una fecha exacta aqui: _____
Yo entiendo que esta autorizacion puede ser cancelada EN CUALQUIER MOMENTO con mi firma. Yo entiendo que la oficina no se hace responsable por la informacion dada por este acuerdo antes del recibimiento de el consentimiento para revocar/cancelar esta autorizacion.

Yo entiendo que las copias de esta informacion, necesitan el permiso escrito mio o de las personas mencionadas pra que sean entregadas.

Yo he leido este acuerdo y entiendo que mi informacion de salud va ser compartida con las personas mencionadas arriba.

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

Representante de Camelback Women's Health _____