



**Autorización para Divulgar
Información de Salud
Protegida**

**del Laboratorio de SIBO de
NUNM**

**NUNM SIBO
LABORATORIO**

3025 SW Corbett Ave
Tel: 503-552-1931
Fax: 503-444-6709
sibolab@nunm.edu

Información del Paciente

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** __/__/__

Teléfono: _____

Dirección: _____

Dirección de envío

Ciudad

Estado

Código Postal

Por la presente autorizo a NUNM a divulgar mi información médica a:

Nombre: _____ **Teléfono:** _____

Dirección: _____

Dirección de envío

Ciudad

Estado

Código Postal

**Por favor envíe la información por: (elija 1
opción):**

___ **Correo Electrónico:** _____

Servicio Postal, usando la dirección arriba

Fax (número): _____

Sobre su autorización:

Esta autorización es solo para el Laboratorio de SIBO de NUNM para divulgar resultados de SIBO.

Esta autorización se expirará en 180 días del día que fue firmada. No necesita someter formas múltiples por cada resultado a menos que esta forma se haya expirado.

Tal como requerido por las Regulaciones de Privacidad, Los Centros de Salud de NUNM no pueden utilizar o divulgar su información de salud protegida excepto como proporcionado en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad sin su autorización.

Entienda que la información divulgada anteriormente podrá ser divulgada de nuevo a partidos adicionales y ya no estará protegida por razones que escapan nuestro control.

Resultados enviado por email se enviarán por email encriptado. Si una opción no es elegida, resultados se enviarán por servicio de correo postal si es que tenemos una dirección en nuestros archivos para el paciente o el individuo nombrado.

Entiendo que tengo el derecho a:

1. Revocar esta autorización al enviar un aviso por escrito a esta oficina y esa revocación no afectará la dependencia previa de esta oficina en los usos o divulgación de conformidad con esta autorización.
2. Conocimiento de cualquier remuneración involucrada debido a cualquier actividad de marketing tal como permitida por esta autorización, y como resultado de esta autorización.
3. Inspeccionar una copia de Información de Salud del Paciente que es usada o divulgada bajo la ley federal.
4. Negar firmar esta autorización.
5. Recibir una copia de esta autorización.
6. Restringir lo que es divulgado con esta autorización.
7. Yo entiendo que si no firmo este documento, no pondrá en condición a mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de cuidado de salud médico, o elegibilidad para recibir beneficios, si doy o no doy autorización para usar o divulgar Información Protegida de Salud del Paciente.

Firma del Paciente o del Padre / Madre / Tutor Legal / Guardián (relación)

____/____/____
Fecha