

# HIPAA - Revelación de información protegida de salud (autorización o revocación).



El propósito de este formulario es autorizar la revelación de su Información Protegida de Salud o revocar esa autorización. Al firmar este formulario, usted autoriza y otorga a MedImpact Healthcare Systems, Inc., permiso para revelar su Información Protegida de Salud o para revocar una autorización previa a la parte nombrada.

Nombre del miembro	<input type="text"/>	Número de Seguro Social	<input type="text"/>
Dirección	<input type="text"/>		
Ciudad, estado, zip	<input type="text"/>		
Teléfono	<input type="text"/>	Correo electrónico	<input type="text"/>

Por medio del presente (marque uno)  **Autorizo** revelar mi Información Protegida de Salud  **Revoco** una Autorización de Revelación previamente otorgada

Esta decisión entrará en vigencia (marque uno)  **Indefinidamente (no caduca)**  **OR**  **Un año después de la fecha de ejecución**

Con el propósito de (describa el motivo por el cual será o fue solicitada)

La siguiente información de salud específica (marque los cuadros que apliquen)

- Declaraciones de cargos o pagos
- Registro de todas las recetas surtidas, incluido el nombre del medicamento y el monto pagado
- Registro de todos los productos farmacéuticos dispensados
- Copias de registros o informes proporcionados a las personas mencionadas a continuación (hospital, laboratorio, clínica, etc.)
- Informes de consulta
- Todo lo de arriba
- Otro: describa límites o incidentes de salud específicos

De MedImpact Healthcare Systems, Inc.

<b>A:</b> (Nombre de la compañía o individuo)	<input type="text"/>		
Dirección	<input type="text"/>		
Ciudad, estado, zip	<input type="text"/>		
Teléfono	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
Correo electrónico	<input type="text"/>		

Es posible que las revelaciones hechas de buena fe ya se hayan producido con una autorización emitida anteriormente. La revocación no puede aplicarse retroactivamente a dichas revelaciones. También entiendo que la revelación de información de salud puede ser requerida por ley en algunos casos, como para el informe de enfermedades transmisibles. MedImpact Healthcare Systems, Inc., sus empleados, funcionarios y farmacéuticos quedan liberados de cualquier responsabilidad legal por la revelación de la información que autorice anteriormente.

Nombre del miembro  Fecha

Firma del miembro (o de su guardián, si es menor de edad)

Nombre del testigo (Opcional)  Fecha

Envíe este formulario debidamente llenado a una de las siguientes direcciones:

**Correo:** MedImpact, Attn: Customer Care, 7835 Freedom Avenue NW, North Canton, OH 44720 **Fax:** 866-250-5178  
corp\_web\_all\_form\_hipaa consent\_23-7496

Copyright © 2024 MedImpact Healthcare Systems, Inc. All rights reserved. E1 2024

