

Autorización a personas específicas

Yo, _____, doy a todos los medicos y empleados profesionales de **MANA MediServe Walk-In Clinic** el permiso de revelar la información privada de salud descrita abajo a las personas nombradas, a la petición de una o más de ellas.

La información específica que pueden recibir estas personas es:

Favor de escribir en letras de imprenta:

Nombre

Relación

Tambien doy permiso a **MANA MediServe Walk-In Clinic** de dejar un mensaje con mi maquina de contestar si necesitan recordarme de una cita, cambiar una cita, etc. y no pueden ponerse en contacto con migo de otra manera.

_____ **Sí**

_____ **No**

Entiendo que **MANA MediServe Walk-In Clinic** no revelará información a personas no nombradas arriba.

Además entiendo o reconozco el siguiente:

1. Tengo derecho de revocar esta autorización a cualquier momento, por un aviso escrito a **MANA MediServe Walk-In Clinic** a la dirección encima.
2. He recibido la Noticia de Prácticas de Privacidad de **MANA MediServe Walk-In Clinic**.
3. La información privada de mi salud se puede revelar otra vez por una o más de las personas nombradas, y que este acuerdo no puede prevenir tal posibilidad.

Esta autorización se terminará el día _____ de _____, 200__.

Favor de escribir en letras de imprenta:

Nombre de paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Firma

Fecha

En el evento que la autorización se cumple por un representante personal, guardián, o padres, favor de escribir en letras de imprenta su nombre y su relación al paciente. _____

Medical Associates of Northwest Arkansas, P.A.
3383 N. MANA Court, Suite 201, Fayetteville, AR 72703
(479) 571-6780 Fax:(479) 571-6770