

# Autorización para revelar información de salud protegida

***Favor de escribir en letras de imprenta***

Nombre de clínica / médica		
Dirección de proveedor		
Ciudad	Estado	Zona postal

Pido que den mi información de salud protegida a:

Partido pidiendo información		
Dirección		
Ciudad	Estado	Zona postal

La información específica para revelar es: _____ _____ _____
---

Esta autorización se terminará en la fecha más temprano de: o un año después de la fecha al lado de mi firma abajo; o después de un período de tiempo razonable siguiendo la conclusión del evento que ocasionó la intención de esta autorización.

Entiendo que tengo derecho de revocar esta autorización a cualquier momento, por un aviso escrito a la clínica / médica.

Entiendo que la información usada o revelada por esta autorización puede revelarse nuevamente por la persona que la reciba, y que en este caso las Prácticas de Privacidad de esta clínica tal vez no la protejan.

La clínica me ha informado que obteniendo esta autorización no influirá ningún tratamiento, pagos, inscripción ni elegibilidad para beneficios.

Entiendo que tengo el derecho de no firmar esta autorización.

***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