

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE - En letra de imprenta**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Nombre de preferencia \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo nombre

Sexo:  M  F Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ N.º de Seguridad Social \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_ Apt. \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Método de comunicación de preferencia:  Mensaje de texto  Teléfono:

Marque uno:  Casado  Soltero  En una relación  Divorciado  Viudo

Raza:  Caucásico  Afroamericano  Asiático  Nativo de Hawái/isleño del Pacífico

Indio nativo americano/de Alaska  Otra raza \_\_\_\_\_

¿Es de origen español/hispano?  Sí  No Idioma de preferencia (principal): \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria \_\_\_\_\_

Farmacia de preferencia \_\_\_\_\_ Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

¿Le gustaría tener acceso a sus registros médicos y comunicarse con el consultorio de su médico en línea a través de un portal seguro de salud myMANA?  Sí  No Correo electrónico \_\_\_\_\_

¿Se siente cómodo llenando formularios médicos sin ayuda?  Nunca  Rara vez  A veces  A menudo  Siempre

**INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA**

*Paciente o amigo que no esté en el hogar*

Contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**AVISO DE RECONOCIMIENTO PARA EL PACIENTE SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

He recibido una copia del aviso para el paciente sobre prácticas de privacidad de los Medical Associates of Northwest Arkansas (MANA).

**FIRMA** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_

En caso de que un representante personal, tutor o padre esté ejecutando este formulario de reconocimiento, escriba en letra de imprenta aquí su nombre, fecha de nacimiento, número de Seguridad Social y relación con el paciente:

*\* Si desea autorizar a la clínica MANA a divulgar información a un **familiar, cónyuge o representante personal**, complete un **formulario de autorización individual** proporcionado por la recepcionista.*

**¿CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS?**

Gracias por elegir una clínica de MANA. ¿Cómo se enteró de nosotros? Marque todas las que correspondan.

- |                                                                      |                                                           |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 01 <input type="checkbox"/> Paciente recurrente                      | 06 <input type="checkbox"/> Letrero o valla publicitaria  |
| 02 <input type="checkbox"/> Referido por un médico                   | 07 <input type="checkbox"/> Anuncio o artículo de revista |
| 03 <input type="checkbox"/> Recomendado por un amigo o familiar      | 08 <input type="checkbox"/> Postal o carta                |
| 04 <input type="checkbox"/> Google o una búsqueda en internet        | 09 <input type="checkbox"/> Otro _____                    |
| 05 <input type="checkbox"/> Facebook, Twitter, Pinterest o Instagram |                                                           |

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

### PERSONA RESPONSABLE DEL PAGO

Persona responsable \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Relación con el paciente \_\_\_\_\_ N.º de Seguridad Social \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO MÉDICO

*Proporcione una copia de su tarjeta del seguro a la recepcionista.*

MEDICARE  N.º de Medicare \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de entrada en vigencia \_\_\_\_\_

#### SEGURO PRIMARIO

N.º de identificación \_\_\_\_\_ N.º del médico de cabecera \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_  
Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ N.º de Seguridad Social \_\_\_\_\_  
Relación con el titular de la póliza:  Propia  Cónyuge  Hijo  Hijastro  Otro

#### SEGURO SECUNDARIO

N.º de identificación \_\_\_\_\_ N.º del médico de cabecera \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_  
Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ N.º de Seguridad Social \_\_\_\_\_  
Relación con el titular de la póliza:  Propia  Cónyuge  Hijo  Hijastro  Otro

#### AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Por la presente autorizo a Medical Associates of Northwest Arkansas (MANA), a su exclusivo criterio, a solicitar el pago de los cargos por todos los servicios prestados, durante o en relación con mi tratamiento médico, a mi aseguradora o terceros (o sus aseguradoras) que puedan haber causado o sean responsables por el incidente, lesión o condición que dio lugar a mi necesidad de tratamiento médico. Entiendo que, en el caso de que MANA intente cobrar a esos terceros, dichos intentos son en lugar de, o adicionales a, que MANA busque el pago de mi proveedor de seguro médico actual. Entiendo y acepto que cualquier descuento que MANA haya acordado aceptar de mi proveedor de seguro médico no se aplicará para reducir los montos pagaderos, o recuperables, de terceros o sus aseguradoras.

Por la presente, asigno y autorizo el pago directamente a MANA de todos los beneficios del seguro, beneficios por enfermedad y beneficios por lesiones debidos a causa de la responsabilidad de un tercero y el producto de todos los reclamos que resulten de la responsabilidad de un tercero hacia mí o para mi beneficio, a menos que todos los cargos sean pagados en su totalidad inmediatamente después de la finalización de mi tratamiento médico. Además, acepto que esta asignación no se retirará en ningún momento hasta que la cuenta se pague en su totalidad y consiento la afirmación de los derechos de subrogación o gravamen de MANA, si es necesario, para proteger el interés de MANA de recuperar de terceros el monto total de los cargos por los servicios prestados durante o en relación con mi tratamiento médico.

Acepto pagar en el momento del servicio cualquier copago o monto requerido por mi proveedor de seguro médico actual y entiendo que soy responsable de cualquier monto no cubierto por el seguro o cobrado por MANA de un tercero. MANA está autorizado a dar información sobre mí, mi caso y mi tratamiento médico a mi proveedor de seguro médico actual o a terceros potencialmente responsables financieramente y sus aseguradoras.

**FIRMA** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_



## Información sobre lesiones y antecedentes médicos

1. ¿Qué enfermedad o síntoma motivó su visita al consultorio hoy?

---

---

2. ¿Cuándo notó el problema por primera vez?

---

---

3. ¿Fuma?  SÍ  NO  Anteriormente

4. Mencione TODAS sus medicaciones:

---

---

5. Mencione TODAS sus alergias a fármacos (solo medicamentos):

---

---

## Consentimiento informado

Por medio del presente solicito y consiento que Millennium Chiropractic & Rehab, una clínica de Medical Associates of Northwest Arkansas (MANA) (Asociados Médicos del Noroeste de Arkansas), y cualquiera que trabaje en esta clínica y esté autorizado por Millennium Chiropractic & Rehab, una clínica MANA, me realice ajustes quiroprácticos y otros procedimientos quiroprácticos, incluidas varias modalidades de fisioterapia y, si es necesario, rayos X diagnósticos. Además, comprendo y estoy informado sobre que, como en todo servicio médico, en el ejercicio de la quiropraxia existen algunos riesgos muy leves en el tratamiento, incluidos entre otros, distensión o esguinces musculares, lesiones en los discos y accidentes cerebrovasculares. No espero que el médico pueda anticipar ni explicar todos los riesgos y complicaciones. Decido confiar en que el médico ejercerá su juicio durante el transcurso del procedimiento, lo que el médico considere que es lo mejor para mí en ese momento y sobre la base de los hechos conocidos. Leí el consentimiento anterior. También tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre su contenido y al firmarlo a continuación, acepto los procedimientos antes mencionados. Pretendo que este formulario de consentimiento cubra todo el curso del tratamiento para mi condición actual y para cualquier condición futura para la que busque tratamiento.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Consentimiento para menores:

Yo, \_\_\_\_\_ en mi carácter de padre, madre o tutor legal por medio del presente doy mi permiso y autorizo a su médico a tratar a \_\_\_\_\_ sin la necesidad de mi presencia en el consultorio.

Firma del padre, madre o tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Política financiera de Millennium Chiropractic

En Millennium Chiropractic, queremos ayudarle a manejar sus requerimientos financieros. Cada compañía de seguros de salud tiene normas diferentes para presentar las solicitudes de reembolso y puede incurrir en un gasto adicional si no cumple con los requerimientos de su aseguradora. En el caso de pacientes con seguro, se le pedirá que pague algún deducible o coaseguro establecido por su plan de seguro al momento del servicio. Nuestro personal verificará con su compañía de seguros para obtener el mejor cálculo de lo que deberá por el procedimiento, pero recuerde que esto es solo un cálculo. El monto final adeudado por el paciente se determinará luego de que su compañía de seguros procese su solicitud de reembolso.

Comprenda que usted es fundamentalmente responsable del pago de su cuenta, incluso cualquier saldo que no esté cubierto por su seguro. Al momento de su consulta, usted es responsable del pago de cualquier deducible, coaseguro o copago conocido, así como cualquier servicio no cubierto. Reconocemos la responsabilidad que esto puede dejar sobre usted o su familia y sería un placer para nosotros analizar un plan de pagos.

Solo cobraremos a los seguros que se nos proporcionen antes o al momento del servicio. Algunas compañías de seguro requerirán una autorización previa y no podremos tramitar una autorización de manera retroactiva después de que se haya prestado un servicio. Si no tiene su credencial del seguro al momento de registro que nos impida verificar su cobertura, se le considerará como un paciente responsable del pago.

- Para su conveniencia, Millennium Chiropractic acepta muchas formas de pago, incluido el efectivo, cheques y tarjetas de crédito Visa, MasterCard, American Express, Care Credit y Discover.
- Ocasionalmente, los planes de pago se pueden arreglar de acuerdo con la política de Millennium Chiropractic.

### Política de no presentación o cancelación:

Las citas tienen una alta demanda y su cancelación temprana le dará a otra persona la posibilidad de tener acceso a atención médica oportuna. Si es necesario cancelar su cita programada, preferimos que llame con 24 horas de antelación. Para respetar las necesidades médicas de nuestra Comunidad, sea cortés y llame oportunamente si no puede asistir a su cita.

Las cancelaciones tardías con menos de 3 horas de antelación se considerará un caso de no presentación y se impondrá una tarifa de \$25.

Esta no es una tarifa única; las tarifas se calcularán cada vez que no se cancele una cita dentro del periodo adecuado.

Tener tres casos de "no presentación" en un periodo de 12 meses podría resultar en el alta de Millennium Chiropractic.

Comprendemos que existen circunstancias que pudieran generar una razón para una "no presentación" o una cancelación con corto aviso. La política de cancelación se exonerará para esas circunstancias sobre la base individual de cada caso.

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

En caso de que la autorización la efectúe un representante, tutor, padre o madre, coloque su nombre en letra imprenta, su parentesco con el paciente y la base de la autorización para actuar en nombre del paciente.

**Nombre en letras de imprenta:** \_\_\_\_\_ **Relación con el paciente**  
\_\_\_\_\_

¿Qué lo autoriza a actuar en nombre del paciente? \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## Medical Associates of Northwest Arkansas (MANA)

# Aviso de Prácticas de Privacidad

## Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo puede usarse y divulgarse la información médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información. **Por favor, léalo atentamente.**

### Sus derechos

**Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos.** Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

#### Obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico

- Usted puede pedir ver o recibir una copia electrónica o en papel de su expediente médico y otra información de salud que tenemos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Le entregaremos una copia o resumen de su información de salud, normalmente dentro de 30 días de su solicitud. Es posible que le cobremos una tarifa razonable por los costos.

#### Pídanos corregir su expediente médico

- Nos puede pedir corregir la información de salud sobre usted que piensa que es incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le explicaremos los motivos por escrito dentro de 60 días.

#### Solicitar comunicaciones confidenciales

- Usted puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una forma específica (por ejemplo, al teléfono de su casa o del trabajo) o que le enviemos la correspondencia a otra dirección.
- Le diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

#### Pídanos que limitemos la información que usamos o compartimos

- Usted nos puede pedir que no usemos ni compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decirle que “no” si puede afectar su cuidado.
- Si usted paga por un servicio o ítem de atención de salud de su bolsillo, puede pedirnos no compartir esa información para propósitos de pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Le diremos que “sí” a menos que alguna ley nos exija compartir dicha información.

#### Obtener una lista de las personas/entidades con las que hemos compartido información

- Usted puede pedirnos una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Nosotros incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas relacionadas con el tratamiento, pago y operaciones de atención de salud y ciertas otras divulgaciones (como las que usted nos pida hacer). Le entregaremos un registro al año gratis pero le cobraremos una tarifa razonable por costos si usted nos pide otra dentro de 12 meses.

#### Obtener una copia de este aviso de privacidad

Usted puede pedir una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si usted aceptó recibir el aviso electrónicamente. Nosotros le entregaremos la copia en papel pronto.

#### Designar a una persona que actúe por usted

- Si usted le ha dado a alguien un poder de representación médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nosotros nos aseguraremos de que la persona tiene esta autoridad y que puede actuar por usted antes de que tomemos cualquier acción.

#### Presentar una queja si cree que sus derechos han sido violados

- Usted puede quejarse si cree que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros usando la información incluida en la página 1.
- Usted puede presentar una queja a la Oficina de Derechos Humanos (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services) enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llamando a 1-877-696-6775, o visitando la página web [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- No tomaremos ninguna acción contra usted por presentar una queja.

### Sus elecciones

#### Para cierta información de salud, usted puede decirnos sus elecciones sobre qué compartimos.

Si usted tiene una preferencia clara de cómo debemos compartir su información en las situaciones descritas abajo, hable con nosotros. Díganos que quiere que hagamos y nosotros seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y alternativa de pedirnos:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otros involucrados en su cuidado
- Compartir información en caso de alivio de desastres
- Incluir su información en el directorio del hospital

*Si usted no puede comunicarnos su preferencia, por ejemplo si esta inconsciente, nosotros compartiremos su información si creemos que es en su mejor interés. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.*

En estos casos nunca compartiremos su información a menos que nos dé un permiso escrito:

- Fines comerciales
- Venta de su información
- Compartir notas de psicoterapia

En caso de recaudación de fondos:

- Es posible que nos comuniquemos con usted por campañas de recaudación de fondos, pero usted puede decirnos que no lo contactemos otra vez por ese motivo.

## Nuestros usos y divulgaciones

### ¿Cómo usamos o compartimos típicamente su información de salud?

Normalmente usamos o compartimos su información de salud de las siguientes formas.

#### Para tratarlo

Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo están tratando.

*Ejemplo: Un doctor que lo trata por una lesión pregunta a otro doctor sobre su estado general de salud.*

#### Funcionamiento de nuestra organización

Podemos usar y compartir su información de salud para el funcionamiento de nuestra entidad, mejorar su cuidado y comunicarnos con usted cuando es necesario.

*Ejemplo: Nosotros usamos la información de salud sobre usted para manejar su tratamiento y servicios.*

#### Facturar sus servicios

Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y obtener pago de planes de salud u otras entidades.

*Ejemplo: Podemos dar información sobre usted a su plan de seguro de salud para que pague sus servicios.*

### ¿De qué otras formas usamos o compartimos su información de salud?

Se nos permite o exige compartir su información de salud de otras maneras: normalmente en formas que contribuyen al bien público, tales como salud pública e investigación. Tenemos que cumplir varias condiciones de la ley antes de poder compartir su información para estos fines:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

#### Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad

Podemos compartir información de salud sobre usted para ciertas situaciones como:

- Prevenir enfermedades
- Ayudar con retiros de productos
- Informar reacciones adversas a medicamentos
- Denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de otra persona

#### Hacer investigación

Podemos usar o compartir su información para investigación médica.

#### Cumplir la ley

Nosotros compartiremos información sobre usted si lo exigen las leyes estatales o federales, incluido con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) si quiere verificar que estemos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

#### Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos

Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de obtención de órganos para trasplante.

#### Colaborar con un forense, examinador médico o director de funeraria

Podemos compartir información de salud con un médico forense, examinador médico o director de funeraria cuando muere una persona.

### Abordar solicitudes de indemnización laboral, agencias de la ley y otras agencias del gobierno

Podemos usar o compartir la información de salud sobre usted:

- Para demandas de indemnización laboral
- Para la aplicación de la ley o con un agente de la ley
- Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones especiales del gobierno como las fuerzas armadas, seguridad nacional y servicios de protección presidenciales.

#### Responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

*No comercializamos ni vendemos información personal.*

*No creamos ni conservamos notas de psicoterapia en esta práctica clínica.*

#### Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos oportunamente si ocurre una violación que puede haber puesto en peligro la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir las tareas y prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información excepto en lo descrito aquí a menos que usted nos autorice a hacerlo por escrito. Si usted nos dice que podemos, puede cambiar de idea en cualquier momento. Díganos por escrito si cambia de idea.

Para mayor información vea:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

#### Cambios a los términos de este Aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible previa solicitud, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.

#### Encargado de Privacidad de Medical Associates of Northwest Arkansas (MANA):

Paula Maxwell, Directora de Operaciones

3383 N. MANA Court, Suite 201

Fayetteville, AR, 72703

Teléfono: (479) 571-6780

Correo electrónico: [privacyofficer@mana.md](mailto:privacyofficer@mana.md)

Fecha de entrada en vigencia: 23 de septiembre de 2013

# Autorización para la divulgación de Información de Salud Protegida

Yo, \_\_\_\_\_, doy mi permiso a todos los médicos y personal profesional empleados por Medical Associates of Northwest Arkansas, P.A., para divulgar la información de salud protegida establecida abajo a las siguientes personas previa solicitud de uno o más de esos individuos.

Nombre del paciente (en mayúsculas): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

## Información a divulgar a la entidad mencionada abajo:

- Expediente médico complete
- buscar atención medica
- o información específica: \_\_\_\_\_

Por favor en mayúsculas:                      nombre                      relación con el/la paciente:                      número de teléfono

---

---

---

---

Yo doy permiso a Medical Associates of Northwest Arkansas P.A., para:

- Enviar por fax la **Excusa escolar** de mi hijo(a) a su escuela.  
 Sí                       No
- Dejar un mensaje(s) en el contestador si necesitan recordarme de una cita, cambiar una cita, etc., y no pueden localizarme de otra forma.  
 Sí                       No

Además, entiendo o confirmo lo siguiente:

1. Yo entiendo que Medical Associates of Northwest Arkansas P.A., no divulgará ninguna información a ninguna persona(s) no mencionada arriba.
2. Yo tengo el derecho a revocar esta Autorización en cualquier momento mediante la entrega de una notificación escrita a Medical Associates of Northwest Arkansas P.A. Yo entiendo que esto no aplica a la divulgación de PHI (información de salud protegida) realizada de acuerdo a mi anterior autorización.
3. Yo he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad (Notice of Privacy Practices) de Medical Associates of Northwest Arkansas P.A.
4. Mi información de salud protegida puede ser sujeta a re-divulgación por una o más de las personas mencionadas arriba y como tal es posible que ya no esté protegida por la legislación federal o estatal.

**Esta autorización expira el día** \_\_\_\_\_ **de** \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_ **y/o cuando ocurra el siguiente Evento**

\_\_\_\_\_

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

En el caso de que la Autorización sea firmada por un representante personal, tutor o padre/madre, por favor escriba en mayúsculas su nombre, relación con el paciente, y el tipo de autorización para actuar en nombre del paciente.

**Nombre en mayúsculas** \_\_\_\_\_ **Relación con el/la paciente:** \_\_\_\_\_

**¿Cuál es su autorización para actuar en nombre del paciente?** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Revisado 1/30/2020 cbm

# AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PRIVADA

**Por la presente, solicito que mi información médica privada se divulgue a:**

MILLENNIUM CHIROPRACTIC  
MEDICINA DEPORTIVA Y REHABILITACIÓN  
2744 MILLENNIUM DRIVE, SUITE 1  
FAYETTEVILLE, AR 72703  
TELÉFONO: 479-571-8400 FAX: 479-571-8401

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

Información que se entregará a la entidad mencionada anteriormente:

- Expediente completo del paciente**  
 **O información específica** \_\_\_\_\_

Se considerará que esta autorización vence en la fecha establecida arriba de mi firma o dentro de un tiempo razonable después de la finalización del evento que dio lugar al propósito de esta autorización. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento y que puedo hacerlo enviando una revocación por escrito a la clínica. Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de la entidad receptora y puede que ya no esté protegida por las normas de privacidad de esta clínica. La clínica me ha informado que no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios al obtener esta autorización.

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización.

**Esta autorización vencerá el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_**

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

En caso de que la autorización esté siendo ejecutada por un representante personal, tutor o padre, escriba en letra de imprenta su nombre y parentesco con el paciente. \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor \_\_\_\_\_