



AUTHORIZATION FORM

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Identificación de Miembro: _____ Plan de Salud: _____

Teléfono: _____

Información que se divulgará: (indicar la descripción de la información médica que se da a conocer (por ejemplo, el diagnóstico del paciente, tratamiento o información de cobertura)

- Todo información de salud protegida

OBJETO DE LA DIVULGACIÓN: (describa todos los efectos de la divulgación no es necesario si la información ha de ser divulgada solamente al participante del Plan.)

Información de Salud Protegida
Para Ser Revelada Por:

Información de Salud Protegida
A Publicar En:

Key Medical Group y/o Foundation for Medical Care _____

EXPRESIONES DE GRATITUD

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi elegibilidad para los beneficios del Plan o mi capacidad de obtener tratamiento o pago.

Si esta autorización es para elegibilidad o inscripción determinaciones del Plan relativos a mi persona o de suscripción o de calificación de riesgo determinaciones, entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización, pero que, si no firmo, el plan puede negarse a inscribirme.

Entiendo que puedo revocar esta autorización, en cualquier momento, enviando una solicitud por escrito al contacto de privacidad identificado abajo. Soy consciente de que una revocación no tendrá ningún efecto sobre cualquier uso o divulgación de la información médica protegida por el Plan antes de recibir la revocación.

Foundations for Medical
Key Medical Group 3335
South Fairway
Visalia, CA 93277

Esta autorización expira el _____ o

Hasta que sea revocada por escrito.

Yo entiendo que si la información médica protegida acerca de mí se da a conocer a una persona u organización que se requiere para cumplir con las regulaciones federales de privacidad, la información puede ser revelada de nuevo y no está protegida por las regulaciones federales de privacidad.

Firma del paciente (o sus padres si es menor de edad o el representante personal del paciente - (ver nota)

Firma _____ **Fecha** _____

NOTA : Si esta autorización es firmada por el representante personal del paciente, adjunte una declaración de la autoridad del representante para actuar en nombre de la persona.

A la atención de : Lydia, Departamento de Atención Administrada Numero de Fax: 559-468-3131