

AUTORIZACIÓN ESTANDAR DE USO Y DIVULGACIÓN DE IMP

Durham Nephrology Associates, P.A.

Información para usar o divulgar

La información cubierta por esta autorización incluye:

Todos los registros médicos

Propósito de la divulgación: _____

¿Esta información se usará con fines comerciales? Sí _____ No x

¿Esta información se ha anonimizado previamente? Sí _____ No x

Personas autorizadas a usar o divulgar la información anterior: _____

Durham Nephrology Associates, P.A.

(Nombre de la persona u organización)

Persona(s) a quien(es) se le(s) puede divulgar información: _____

(Nombre de la persona u organización)

Fecha o evento de vencimiento de autorización: Esta autorización vencerá el/_____/_____(Fecha); o cuando ocurra esto: _____(Evento). Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito. Entiendo que la anulación no afectará a las acciones tomadas antes de que ustedes reciban cualquier solicitud de anulación.

Derecho a suspender o revocar autorización

Usted puede revocar o suspender esta autorización enviando una suspensión escrita a nuestra oficina. Debe comunicarse con el oficial de cumplimiento de la HIPAA para suspender esta autorización.

Posibilidad de nueva divulgación

La información divulgada bajo esta autorización puede ser divulgada nuevamente por la persona u organización a quien se le envía. La privacidad de esta información quizás no esté protegida por la norma federal de privacidad, según con quién se comparta la información.

Nuestro establecimiento no condicionará el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios a la firma de esta autorización.

Nombre impreso del paciente

Firma del paciente

Fecha

Firma de representante del paciente (si corresponde)

Relación entre el representante del paciente y el paciente (si corresponde)