

Autorización para la publicación de información para fines solicitados por Health Sphere Wellness Center, LLC desde otra entidad cubierta.

Yo, _____ autorizo
(Nombre de entidad cubierta divulgar información)

A revelar la siguiente información de salud protegida a Health Sphere Wellness Center, LLC:

(Describa específicamente la información a ser divulgada, incluidos, pero no limitados, a descriptores tales como fecha de servicio, tipo de servicio proporcionado, nivel de detalle para ser lanzado, origen de la información, etc.)

Esta información de salud protegida está siendo utilizada o divulgada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención de la salud a Health Sphere Wellness Center, LLC.

(Describa cómo la información de salud protegida será utilizará para llevar a cabo con fines de operación de tratamiento, pago o atención médica.)

Esta autorización deberá estar en vigor y eficaz hasta _____ (Fecha) ó

(Evento que se relaciona con el paciente o el propósito del uso o divulgación)

En el cual esta autorización de información de salud protegida usada o revelada expire.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento mediante el envío de dicha notificación por escrito a Health Sphere Wellness Center a PO Box 3148, Brentwood, TN 37024. Entiendo que una revocación no es eficaz en la medida en que Health Sphere Wellness Center, LLC se ha basado en el uso o la divulgación de la información de salud protegida.

Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con la presente autorización puede estar sujetos a nueva divulgación por el destinatario y ya no será protegido por las leyes estatales o federales. Health Sphere Wellness Center, LLC no condicionará mi tratamiento, pago, inscripción (si procede) en un plan de salud o elegibilidad para beneficios sobre si proporcionan autorización para el uso solicitado o divulgación.

Entiendo que tengo el derecho a negar a firmar esta autorización.

Firma del representante de paciente o personal

Fecha

Nombre del representante de paciente o personal