



AUTORIZACION PARA EL DESCARGO DE INFORMACION (HIPAA CONDECIENTE)

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

Yo autorizo a _____
(Nombre de Entidad)

el descargo de _____
(Tipo de Documentos)

del periodo _____ a _____

Esta informacion es requerida para _____
(Razon de Descargo)

Yo autorizo a KNOX SERVICES, LLC una entidad privada, que obtenga copia de los documentos solicitados, que son requeridos por la razon previamente indicada.

Yo he leído este Descargo y he sido avisado(a) de mis derechos de recibir una copia verdadera de este Descargo de Informacion. Yo entiendo por completo lo contenido por escrito en este Descargo de Informacion. Yo e aclarado lo contenido que no entiendo y estoy satisfecho(a) con las respuestas que he recibido.

Yo confirmo que entiendo mi derecho a revocar este Descargo de Informacion con presentar por escrito una notificacion a KNOX SERVICES, LLC a quien le e autorizado obtener mis documentos, antes de que hayan entregado su requisito a la entidad previamente indicada. Yo entiendo que si KNOX SERVICES, LLC a entregado el Descargo de Informacion a la entidad previamente indicada, ellos tienen el derecho de deshonorar mi requisito para revocar el Descargo de Informacion.

Que sea certificado que la informacion usada o divulgada por este Descargo de Informacion, puede ser redescargada por el recipiente.

UNA COPIA PHOTOSTATICA O FACSIMIL DE ESTE DESCARGO DE INFORMACION SERA TRATADA CON LA MISMA VALIDEZ QUE LA ORIGINAL.

Firma Autoritativa: _____ Fecha: _____

Si usted no es el individual, sino un representante del individual, por favor escriba su nombre en letra de molde, y adhira a este Descargo de Informacion, prueba de su relacion con el paciente.

Este Descargo de Informacion sera valido por un ano the la fecha previamente indicada.

Copia Aportada: SI _____ NO _____

SI ES APPLICABLE, POR FAVOR COMPLETE LO SIGUENTE:

Yo consiento el descargo de todos mis documentos relacionados al tratamiento y diagnostico de Drogas, Alcohol, Psiquiatria, o condiciones de VIH/SIDA bajo los terminos previamente indicados. Yo entiendo que esa informacion no se puede descargar sin mi especificado consentimiento.

Firma del Paciente: _____

Firma de Persona actuando a favor del paciente: _____

Relacion al Paciente: _____
(Si apuntado Guardian Legal, por favor adhira prueba a este Descargo De Informacion.)

Fecha: _____