



PEE DEE HEARING CENTER

Autorización de HIPAA para la liberación de Información Médica

(HIPAA Authorization for Release of Protected)

Nombre del Paciente
(Patient Name) _____

Fecha de nacimiento
(Date of Birth) _____

POR LA PRESENTE AUTORIZO la liberación/divulgación de mi información médica protegida como se describe a continuación:
(I HEREBY AUTHORIZE the release/disclosure of my protected health information as described below:)

1.) Pee Dee Speech & Hearing Center está autorizado para dar información
(Pee Dee Speech & Hearing Center is authorized to make the release)

2.) El tipo y cantidad de información a revelar es la siguiente:
(The type and amount of information to be disclosed is as follows:)

Solo Registros de Audología (Only Audiology Records) Registros completo Médico (Complete Medical Records)

3.) Entiendo que la información en mi expediente puede incluir información de naturaleza delicada, incluida información relacionada con la salud mental o del comportamiento.
(I understand that the information in my chart may include information of a sensitive nature including information related to behavioral or mental health)

4.) Esta información puede ser divulgada y utilizada por la siguiente organización:
(This information may be released to and used by the following organization:)

Nombre del Doctor, Grupo Médico or Organización Médica
(Physician, Medical Group or Organization Name)

Dirección (Street Address) _____

Ciudad (City) _____

Estado (State) _____

Código Postal (zip code) _____

Teléfono (Phone) _____

Fax _____

5.) Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y enviar mi revocación por escrito a Pee Dee Speech & Hearing Center. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. A menos que se revoque de otro modo, esta autorización vencerá en doce meses o en la siguiente fecha, evento o condición

(I understand that I can revoke this authorization at any time. I understand that if I revoke this authorization, I must do so in writing and send my written revocation to **Pee Dee Speech & Hearing Center**. I understand that the revocation will not apply to information that has already been released in response to this authorization. Unless otherwise revoked, this authorization will expire in twelve months or on the following date, event or condition:)

Entiendo que autorizar la divulgación de información médica protegida es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para recibir beneficios. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar información para ser utilizada o divulgada. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva el potencial de una nueva divulgación y la información puede no estar protegida por reglas de privacidad. Si tengo alguna pregunta sobre la divulgación de mi información de salud, puedo comunicarme con: Pee Dee Hearing Center 153 E. NB Baroody St. Florence, SC 29506 (843)-662-7802
peedeespeechandhearing.com

(I understand that authorizing the disclosure of protected health information is voluntary. I can refuse to sign this authorization. I need not sign this form in order to receive benefits. I understand that I may inspect or copy information to be used or disclosed. I understand that any disclosure of information carries with it the potential for an unauthorized re-disclosure and the information may not be protected by privacy rules. If I have any questions about disclosure of my health information, I can contact:)

Firma del Paciente, Padres, or Guardian Legal
(Signature of Patient, Parent, or Legal Guardian)

Fecha
(Date)