



Falcon Sleep Center
120 Alexandria Blvd.
Suite 19
Oviedo, FL 32765

Phone: 407-365-3033
Fax: 407-365-3034
Toll Free: 1-855-5FALCON
(1-855-532-5266)
www.falconsleepcenter.org

Falcon Sleep Center Metrowest
6000 Metrowest Blvd.
Suite 104
Orlando, FL 32835

AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD CONFORME CON LA LEY HIPAA

Yo, _____, entiendo que como parte de mi salud, Falcon Sleep Center origina y mantiene registros electrónicos y / o en papel que describen mi historia de salud, síntomas, exámenes y resultados de las pruebas, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan para el cuidado o tratamiento futuro. Entiendo que la información en mi historia de salud puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, VIH / SIDA, servicios de salud mental o abuso de alcohol y drogas. Yo entiendo que esta información sirve como:

- La base para la planificación de su cuidado y tratamiento.
- Los medios de comunicación entre los profesionales de la salud que contribuyen a su cuidado.
- Documento legal que describe la atención que recibí.
- Medio por el cual usted o un pagador tercero puede verificar que los servicios fueron efectivamente prestados.
- Una herramienta en la educación de profesionales de la salud.
- Una fuente de datos para las investigaciones médicas.
- Una fuente de información para los funcionarios de salud pública encargados de mejorar la salud del estado y la nación.
- Una fuente de datos para nuestra planificación y marketing.
- Una herramienta con la cual podemos evaluar y trabajar continuamente para mejorar.

Yo entiendo que Falcon Sleep Center ha desarrollado una Declaración de Políticas de Privacidad que ofrece una descripción más completa de los usos permitidos y la divulgación de información sobre mi salud y mis derechos con respecto a mi información de salud. Reconozco que me ha proporcionado una copia de la Notificación de las Políticas de Privacidad y entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho a recibir una copia impresa de la Notificación de Políticas de Privacidad a pedido.
- El derecho a oponer la utilización de mi información de salud para propósitos de guía.
- El derecho a solicitar que las comunicaciones de mi información médica se haga por medios alternativos o en ubicaciones alternativas.
- El derecho a solicitar restricciones en cuanto a mi información de salud puede ser utilizada o divulgada para tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Yo entiendo que no es necesario en Falcon Sleep Center llegar a un acuerdo con las restricciones solicitadas y Falcon Sleep Center en general no permite restricciones sobre el uso y divulgación de información médica. Además, entiendo que Falcon Sleep Center reserva el derecho a modificar o eliminar las disposiciones en su anuncio de las Políticas de Privacidad de vez en cuando y que Falcon Sleep Center publica ningún aviso revisado de las Políticas de Privacidad en su oficina, y puede ponerlo a disposición de mi petición (por correo o correo electrónico), de conformidad con la Sección 164.520 del Código de Regulaciones Federales.

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____

Por la presente se le autorice a constituir toda mi información protegida de salud para:

Nombre _____ Fecha _____

Nombre _____ Fecha _____

Nombre _____ Fecha _____

Falcon Sleep Center puede autorizar a proporcionar información protegida de salud (incluidos los nombramientos) a través de:

Seleccione la forma de ponerse en contacto

- Teléfono
 - Dejar un mensaje en el buzón de voz
 - No deje mensaje en el buzón de voz
- Envíe por correo
- Otros: _____

Entiendo que la autorización de la divulgación de esta información médica es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario con el fin de garantizar un trato. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información a ser usada o revelada, según lo dispuesto en el CFR 164.524. Entiendo que cualquier divulgación de información lleva consigo la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y la información no puede ser protegida por las normas federales de confidencialidad. Si tiene alguna pregunta acerca de la divulgación de mi información, me pueden contactar al número anterior.

Entiendo que puedo revocar (en cualquier momento) esta autorización. Yo entiendo que para revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi renuncia por escrito a Falcon Sleep Center en la dirección indicada más arriba. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido lanzado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguro cuando la ley otorgue a mi asegurador el derecho de impugnar una reclamación bajo mi póliza. A menos que sea revocada, esta autorización no caduca.

He leído y entiendo los términos de esta autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso y la divulgación de mi información de salud. Con mi firma, por este medio, a sabiendas y voluntariamente, autorizo Falcon Sleep Center para usar o divulgar mi información de salud en la forma descrita anteriormente. Falcon Sleep Center acepta la revocación de esta autorización por escrito por correo certificado EE.UU. o en persona. TODAS revocaciones deben ser enviadas a Falcon Sleep Center a la atención del Oficial de Privacidad y no son efectivos hasta que sea recibido por el Oficial de Privacidad.

Paciente / Tutor Legal / Poder de la Firma del abogado _____ Fecha _____

Si no es la firma del paciente por favor avise a la relación con el paciente _____

Testigo _____ Fecha _____