

Hoja de Portada HIPAA

Autorización para compartir información sobre mi salud:

Autorizo que se les informe a los siguientes sobre el estado continuo de mi salud (circule o llene)

Ninguno/todo familiar/padre/madre/hermano/hermana/otro _____

Ninguno/todo familiar/padre/madre/hermano/hermana/otro _____

_____ firmado _____ fechado

Expresamente autorizo al Dr. Miller y su personal que discutan my condición con las siguientes oficinas, doctores y su personal:

Datos de Contacto

Contácteme: ___ en cualquier lugar o número telefónico (usualmente lo llamamos al trabajo primero)

___ al trabajo _____

___ a la casa _____

___ al celular _____

___ al buscapersonas _____

___ correo electrónico _____

Enviar por correo: ___ a cualquier lugar (usualmente lo enviamos a la casa)

___ casa _____

___ trabajo _____

___ otro _____

_____ firmado _____ fechado

Autorizo el uso de mi foto, nombre y rayos x para muestra visual en la oficina sobre casos de éxito y con propósito educacional. Ninguna fotografía o radiografía se usará nunca para uso fuera de la oficina o de la lista de envío por correo.

_____ firmado _____ fechado

