

**SERVICIOS DEL EMPLEADOR: AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION
PROTEGIDA DE SALUD (PHI) CONFORME A LA PUBLICACION DE LA HIPPA**

Autorizo a Metro Urgent Care a utilizar y divulgar la información protegida de salud (PHI) de los registros de:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Proposito de la Divulgacion [] Lesión ocupacional [] Lesión No ocupacional [] Otro

Confirmacion de Quien Puede Recibir Copias de Sus Registros

Nombre Del Empleador o Entidad: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

RELACIONADO CON ESTA AUTORIZACION

Estoy consciente de que las copias de los registros de los servicios prestados el _____ (fecha del servicio) y las citas subsecuentes relacionadas que contienen PHI, que pueden incluir los resultados de pruebas o evaluaciones, incluidos un diagnóstico, historial médico, notas de transcripción y pruebas, así como evaluaciones realizadas que mi empleador, empleador prospecto o entidad de terceros ha solicitado o que requiere.

Autorizo a Metro Urgent Care para que comparta con mi empleador, compañía de seguros y/ o sus representantes, cualquier información médica, que incluye cualquier nota de psicoterapia, información psiquiátrica, de enfermedades de transmisión sexual, abuso de drogas, abuso de alcohol, y/o estado de VIH / SIDA, que se obtiene como parte del tratamiento por lesiones / enfermedades relacionadas con este trabajo o un examen relacionado con el empleo.

Entiendo que, si la persona o entidad que reciba la información anterior no es un proveedor de atención médica o un plan de salud cubierto por las regulaciones federales de privacidad, dicha persona o entidad puede volver a divulgar la información descrita anteriormente y está ya no estará protegida por las regulaciones federales de confidencialidad.

Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto hasta donde Metro Urgent Care ya haya implementado esa medida, al proporcionar una solicitud por escrito a Metro Urgent Care.

Entiendo que Metro Urgent Care no puede negarme el tratamiento si no completo este formulario de autorización, pero puede denegarme los servicios cuando estos solo sirvan para generar PHI y compartirla con un tercero.

Tengo derecho a no firmar esta autorización o a limitar al mínimo necesario la información que autorizo a divulgar, sin embargo, si me rehusó a firmar esta autorización o limito la divulgación de mi PHI, puedo infringir una condición de empleo o de empleo potencial.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo mediante él envié de un aviso por escrito a Metro Urgent Care. Sin embargo, si estoy aquí por una visita relacionada con el trabajo, esta se encuentra sujeta a la Compensación de trabajadores, bajo algunas leyes estatales, y no se me permite revocar esta autorización.

Entiendo que esta autorización expira un año a partir de la fecha de ejecución, a menos que sea revocada por escrito, o que una fecha de vencimiento más corta sea requerida por la ley estatal aplicable.

Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en Letra de Molde Del Paciente: _____