



Authorization for how Disclosures are to be made
Regarding Protected Health Information (PHI)

Name: _____
Printed

DOB: _____

HIPAA privacy rule gives individuals the right to request a restriction on uses and disclosures of PHI. The individual is also provided the right to request confidential communications of PHI by made by alternate means, such as sending correspondence to the individuals' office or other place instead of home.

I wish to be contacted in the following manner (check all that apply):

Telephone

- Home Telephone _____
- Ok to leave message with detailed information with person answering the phone or on my machine.
- Leave message with call-back number only with person answering the phone or on my machine.

Written Communication

- Ok to mail to my home address
- Ok to e-mail me at: _____
- Ok to mail to my work/office address
- Ok to fax to this number _____

Alternate Phone or Address

- ONLY LEAVE MESSAGES ON THIS PHONE OR MAIL TO THIS ADDRESS
- PHONE NUMBER _____

ADDRESS _____

- Ok to leave or send detailed message.
- Leave or send only call back number.

I _____, hereby authorize Family Care Specialists (FCS) Medical Corporation to disclose Protected Health Information to the following individuals:

Name: _____

Date of Birth _____

Name: _____

Date of Birth _____

I understand that it is my responsibility to inform Family Care Specialists (FCS) Medical Corporation of any changes to this authorization.

Signature _____

Date _____



Family Care Specialists (FCS) Medical Corporation

Revelación de Archivo De Paciente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

La ley de HIPAA (ley de privacidad) le da al paciente el derecho de poner una restricción sobre los usos y la revelación de su información sobre cualquier tipo de comunicaciones confidenciales que se han llevado a cabo sobre su información personal. Tales comunicaciones pueden incluir correspondencia que ha sido enviada a un domicilio equivocado, como su lugar de empleo o a otro lugar que no sea su residencia.

Me gustaría que se comuniquen conmigo de la siguiente manera (marque todas las cajillas que apliquen):

Por Teléfono

- Teléfono de mi residencia _____
- Pueden dejar cualquier mensaje con información detallada con la persona que conteste el teléfono o en mi maquina de mensajes.
- Deje un mensaje y su numero de teléfono con la persona que conteste el teléfono o en mi maquina de mensajes.

Correspondencia/Comunicación Escrita

- Pueden mandar correspondencia a mi domicilio.
- Pueden mandar e-mail a mi domicilio: _____
- Pueden mandar correspondencia a mi lugar de empleo.
- Pueden enviar información a través de fax, al número _____

Número Telefónico y Domicilio Adicional

- SOLO DEJE MENSAJES EN ESTE NÚMERO TELEFÓNICO O A ESTE DOMICILLO
- NÚMERO DE TELÉFONO _____
- DOMICILLO _____

- Doy consentimiento para que dejen un mensaje detallado.
- Solo dejen o envíen su numero, para regrésales la llamada.

Doy permiso a Family Care Specialists (FCS) Medical Corporation de revelar mi Información Medica Privada a los individuos nombrados en este formulario:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____

Yo entiendo que es mi responsabilidad para informar a Family Care Specialists (FCS) Medical Corporation por escrito cualquier cambio a esta autorización

Su Firma _____ Fecha: _____