



Funding Medical Procedures in Personal Injury Cases

Autorización para revelar información médica protegida

Esta autorización permite revelar información médica protegida conforme a CFR 45, 160 y 164 y cualquier información susceptible bajo el CFR 42.

Proveedor: _____

Dirección: _____

1. El suscrito autoriza al proveedor arriba mencionado, de aquí en adelante referido como, "Proveedor" a revelar alguna y toda información (incluyendo facturas de cobros) acerca de mi condición mientras este bajo atención u observación, incluyendo historial, hallazgos y observaciones, conclusiones, lectura de rayos X, diagnósticos y cualquier pronosis, en cuanto a la atención subsecuente y futura. También podrá revelar algún y todas las mielografías, rayos X, tomografías computarizadas o imágenes de resonancia magnética para evaluaciones independientes.
2. La información puede ser revelada por cualquier empleado o socio de negocio del proveedor.
3. La información arriba mencionada puede ser revelada a Sierra Medical Services LLC, sus representantes, empleados socios de negocios y contratistas para evaluaciones independientes. La revelación puede ser por escrito únicamente y se le permite fotocopiar my expediente.
4. El paciente se da por enterado (1) que tengo el derecho de revocar la autorización en cualquier momento y (2) que entiendo que una vez que la información sea revelada no es posteriormente protegida por las normas federales de protección.

El paciente puede revocar esta autorización únicamente por escrito entregando personalmente una copia de la misma al proveedor o enviándola por correo certificado a la dirección aquí contenida. La revocación será válida al ser recibida excepto cuando (1) en cuanto a que el proveedor haya actuado bajo amparo de la autorización o (2) la autorización haya sido obtenida como condición para obtener seguro de cobertura medica y la aseguradora desea usar la información medica protegida para disputar un reclamo.

5. Yo entiendo que el tratamiento por el proveedor no esta condicionado en que yo firme esta autorización aunque se haga una excepción para (a) investigación relacionada al tratamiento; (b) para el propósito del tratamiento que conlleve a la creación de información protegida de un tercero, tal como doctores de subempleo; (c) excepto anotaciones de psicoterapia para planes de salud que condiciones la inscripción o en una petición autorizada para inscripción, o donde se haya condicionado el pago a una autorización anterior a la inscripción
6. El proveedor cauciona que la autorización no será usada para propósitos de mercadotecnia o revelación de ninguna índole a terceros.
7. Está acordado que una fotocopia de esta autorización tendrá la misma fuerza y efecto que la original.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Nombre del paciente (con letra de molde) _____

Phone: 702.382.3272 Fax: 702.382.4260

8068 W. Sahara Ave. Suite C. Las Vegas, NV 89117 · www.sierramedservices.com