

# PERFIL DEL PACIENTE



DOCTOR: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido:

Primer Nombre:

Nombre Preferido:

Segundo Nombre, Sufijo:

Nombre Anterior (Apellido, Nombre):

Sexo:

Fecha de Nacimiento:

Número de Seguro Social:

## CONTACTO

Dirección:

Ciudad/Estado/Código Postal:

Teléfono de Casa:

Teléfono Móvil:

Teléfono de Trabajo:

Correo Electrónico:

Preferencia de Contacto:  Teléfono de Casa  Teléfono de Trabajo

Correo  Teléfono Móvil  Portal

## DEMOGRAFÍA

Idioma:

Raza:

Etnia:

Estatus Marital:

## CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre:

Relación:

Teléfono de Casa:

Teléfono Móvil:

## PARIENTE MÁS CERCANO

Nombre:

Relación:

Teléfono:

## EMPLEO

Nombre de Empleador:

Teléfono del Empleador:

Ocupación Habitual (Actual/Mas Reciente):

Industria Habitual:

## TUTOR LEGAL

Apellido:

Primer Nombre:

Segundo Nombre, Sufijo:

## ORIENTACIÓN SEXUAL

Lesbiana, Gay, Homosexual

Heterosexual

Bisexual

Otro (Por Favor Describa): \_\_\_\_\_

No Lo Sé

Elijo No Decir

## IDENTIDA DE GÉNERO

- Se Identifica como Hombre
- Se Identifica como Mujer
- Hombre Transgénero/Mujer a Hombre (MAH)
- Mujer Transgénero/Hombre a Mujer (HAM)
- Genero No-Conforme  
(Ni Exclusivamente Masculino ni Femenino)
- Categoría de Genero Adicional/Otro  
(Por Favor Describa): \_\_\_\_\_

## SEXO ASIGNADO AL NACER

- Hombre Mujer
- Desconocido
- Elijo No Decir

## PREFERENCIA DE PRONOMBRE

- El/Le
- Ella/La
- Ellos/Les

## TAMAÑO DE LA FAMILIA/INGRESOS (VOLUNTARIO-PARA EL SUBSIDIO)

Tamaño Familiar:

Ingreso Anual:

## SEGURO MÉDICO PRIMARIO

Persona Asegurada:

Compañía:

Numero de Póliza:

Relación al Asegurado:

Fecha de Nacimiento del

Asegurado:

## SEGURO MÉDICO SECUNDARIO

Persona  
Asegurada:

Compañía:

Numero de Póliza:

Relación al Asegurado:

Fecha de Nacimiento

del Asegurado:

## RELACIÓN DEL GARANTE/PACIENTE AL GARANTE

- Ud. Mismo
- Cónyuge
- Hijo
- Hijo (Seguro de la Madre)
- Hijo (Seguro del Padre)
- Dependiente Patrocinado
- Dependiente de un Menor Dependiente
- Pareja
- Madre
- Padre
- Abuelo
- Nieto
- Sobrino
- Niño Temporalmente Adoptado
- Niño bajo Custodia (tutela)
- Hijastro (Seguro de la Madrastra)
- Hijastro (Seguro del Padrastro)
- Empleado
- Desconocido
- Dependiente Discapacitado
- Menor Emancipado(a)
- Donante de Órganos
- Donante de Cadáver
- Demandante Herido
- Hijo (Seguro No Financieramente Responsable)
- Hijo (Seguro de la Madre No Responsable)
- Hijo (Seguro del Padre No Responsable)
- Pareja de Vida
- Otro: \_\_\_\_\_

## FARMACIA

Nombre: \_\_\_\_\_



## INFORMACIÓN ADICIONAL

### ESTATUS DE TRABAJADOR

#### AGRICOLA

- Migrante
- De Temporada
- Niego Contestar

### ESTATUS DE INDIGENTE

- Mas de una familia por vivienda
- Alberge
- Vivienda de Apoyo Permanente
- Calle
- Transicional
- Otro
- Desconocido
- No
- Niego Contestar

### PACIENTE DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR

- Sí
- No
- Niego Contestar

### ESTATUS DE VETERANO

- Sí
- No
- Niego Contestar

### PACIENTE DE VIVIENDA PÚBLICA

- Sí
- No
- Niego Contestar

### COMO ESCUCHO DE NOSOTROS

- Publicidad
- Médico de Atención Primaria
- Médico Especialista
- Palabra de Boca
- Paciente en la Oficina
- Hospital
- Compañía de Seguro Médico
- Extensión Comunitaria
- Otro: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Doy mi consentimiento para el tratamiento de examinación médica, salud conductual, nutrición, y dental además de cualquier procedimiento que pueda ser realizado durante la consulta incluyendo tratamientos de emergencia considerados necesarios por el proveedor médico, dental, de nutrición, o de salud conductual. La hepatitis C o el VIH pueden ser incluidos como parte de la atención medica de ruina a menos que yo, el paciente, elija rechazar dichas pruebas lo cual debe ser informado al proveedor médico. Entiendo que si se necesita de un procedimiento medico invasivo o dental, un formulario de consentimiento específico será repasado conmigo en ese momento. Yo autorizo a BRCHS a divulgar cualquier información médica, de salud conductual, de nutrición o dental a Medicare, Medicaid o a mi seguro médico para recibir pago por los servicios médicos, de salud conductual, nutrición, o dental que se me hayan brindado o por los servicios brindados a los otros individuos alistados en este Formulario de Registración del Paciente. Yo comprendo que soy responsable y se me requiere pagarle a BRCHS cualquier copago, deducible y cargo que no sea cubierto por Medicare, Medicaid, mi seguro médico, y/o cualquier saldo debido a BRCHS. En tal caso de que yo no revele que tengo seguro médico, y BRCHS descubra que yo si tengo seguro médico, yo do consentimiento a que mi compañía de seguro médico sea facturada por los servicios prestados. Yo doy mi consentimiento también para ser contactado por mi método de comunicación preferida el cual incluye, pero no se limita a mensajes de texto y correo electrónico. Si no deseo ser contactado por uno de estos métodos notificare al personal que me gustaría ser excluido de estos servicios. La expectativa es que se page lo debido por co-pagos y por deducibles cada vez (y por cada línea de servicio, si aplica).

FIRMA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_





## Comunicaciones Confidenciales del Paciente

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA por sus siglas en Ingles) le da a usted el derecho a pedir que nosotros le comuniquemos su información financiera y/o médica a usted en confianza. A fin de proteger la privacidad y confidencialidad de su información, por favor llene lo siguiente para dejarnos saber cómo prefiere que usemos su información de salud protegida (PHI).

BRCHS puede compartir mi información de salud protegida con las siguientes personas:

- Compartir mi información con parientes (anote los nombres) \_\_\_\_\_
- Compartir mi información con otra) personas (anote los nombres) \_\_\_\_\_

**BRCHS está autorizado para dejar mensajes de voz y de texto, lo que incluye información médica, y un número telefónico para devolver la llamada a este número de teléfono y en su buzón de voz o maquina contestadora, si la hay.**

Número de Teléfono de Casa \_\_\_\_\_

- No me llame a mi número de teléfono de casa

Número de Celular \_\_\_\_\_

- No me llame a mi número de celular

**Mi número de contacto principal es:**     Teléfono de Casa     Número de Celular

Nota: Su número de contacto principal será utilizado para los recordatorios de sus citas al menos que se indique otra manera arriba.

### Comunicación por Escrito

**BRCHS me enviara información a mi domicilio, incluyendo información médica y resultados, cuando sea necesario.**

- Envió mi información a otra dirección: \_\_\_\_\_
- No me mande información escrita.

Envió por fax la información al siguiente número: \_\_\_\_\_

### Comunicación por Correo Electrónico

**BRCHS puede comunicarse conmigo por correo electrónico:** \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

*(La forma titulada autorización del paciente para correo electrónico TIENE que ser firmada)*

- No quiero comunicarme por correo electrónico.

Yo comprendo que BRCHS seguirá comunicándose conmigo de acuerdo a mis repuestas anteriores hasta que yo cambie mis preferencias. Esto se puede lograr al llenar un formulario nuevo o haciendo una petición por escrito. Además, entiendo que, si quiero que un proveedor de BRCHS me llame fuera de horas de servicio, mis teléfonos deben de poder recibir llamadas de números restringidos. Al firmar abajo, yo acepto ser comunicado de las formas indicadas arriba.

Paciente/Padre/Tutor Legal \_\_\_\_\_

Fecha de Hoy \_\_\_\_\_

Firma de Empleado de BRCHS/Testigo \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA USAR CORREO ELECTRÓNICO PARA LA COMUNICACIÓN DE INFORMACION CLINICA

Yo, por medio de este documento, autorizo a Blue Ridge Community Health Services (incluyendo a cualquier afiliado, subsidiario, y cualquier entidad en los cuales Blue Ridge Community Health Services o sus afiliados subsidiarios tengan un interés) (colectivamente, "BRCHS") a usar el sistema de correo electrónico con el motivo de comunicarme información médica con respecto a servicios de atención de medica que haya recibido. Yo reconozco y entiendo que tal correo electrónico y mensajes de texto pueden incluir mi información médica personal y privada incluyendo, pero no limitada a mi nombre, dirección, número de seguro social, fecha de nacimiento, demográficas de raza y origen étnico, fechas y tipos de servicios de atención medica recibida, nombre y dirección de cada proveedor que haya provisto dicha atención médica, información de cobertura del seguro médico y/o los resultados de exámenes ("Medical Records").

Yo reconozco y comprendo que, a pesar de que BRHCS tome ciertas precauciones con el propósito de proteger la privacidad del contenido de cualquier correo electrónico o mensaje de texto que se me envíe a mí y aunque tomen todas las medidas razonables para proteger mi privacidad, el correo electrónico enviado a mí no está cifrado y viaja a través del Internet, y como consecuencia, existe el riesgo que el mensaje de correo electrónico sea interceptado y leído por terceros partidos a los cuales no estaban dirigidos. Al autorizar a BRCHS a comunicarse conmigo a través de correo electrónico, asumo todos los riesgos anteriores.

Yo comprendo que mensajes a través de correo electrónico y mensajes de texto no son métodos apropiados para comunicarse en casos de emergencias médicas y concuerdo en usar el teléfono como mi método de comunicación con BRCHS o con cualquier otro proveedor de atención medica según lo dicte la situación.

Yo entiendo que al autorizar a BRCHS para que se comuniquen conmigo a través de mi correo electrónico o mensajes de texto ciertos empleados y agentes de BRCHS tendrán acceso a mi dirección de correo electrónico y número de teléfono además del contenido de dichos mensajes, dicho personal incluye personal de enfermería de triaje, médicos y otros proveedores de atención medica que tengan permiso a mi registro médico.

Yo reconozco que yo, no BRCHS, soy responsable por la seguridad de comunicaciones en forma de correo electrónico o mensajes de texto que hayan sido enviados o guardados en mi computadora, teléfonos celulares, o sistema de información, incluyendo, pero no limitado a, limitando el acceso a cualquier correo electrónico guardado en mi computadora, teléfono celular, o sistema de información, implementando medidas de seguridad cuando envíe desde mi computadora o sistema de información e implementando programas para la protección contra virus en mi computadora o sistema de información.

Yo autorizo, a través de este documento, que BRCHS guarde mi dirección de correo electrónico en su sistema de datos para poder enviarme comunicaciones en el futuro con respecto a sus servicios, actividades a recaudación de fondos, y otros asuntos relacionado al negocio de BRCHS. Yo entiendo que yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento a través de una notificación por escrita, electrónicamente o de otro modo a BRCHS-- HIPAA Privacy Officer, 2579 Chimney Rock Road, Hendersonville, NC 28792. Yo reconozco que BRCHS sólo usará mi correo electrónico y numero de celular (mensajes de texto) para asuntos de negocios de BRCHS y que no va vender, transferir o divulgar mi correo electrónico, número de teléfono celular, o cualquiera otra información personal a partidos tercios sin mí previo consentimiento.

Yo entiendo que mi decisión a autorizar a BRCHS es voluntaria, y que mi decisión no es condicional al tratamiento que yo puedo recibir.

Yo comprendo y concuerdo en no culpar a BRCHS por cualquier daño que resulte del uso de mi correo electrónico y mensajes de texto siempre y cuando estén de acuerdo con los términos de mi autorización o por la falla de cualquiera de los sistemas informáticos que BRCHS use para facilitar la entrega de mi correo electrónico y textos de mensaje.

***Yo he leído y comprendo completamente el significado de esta autorización.***

Una copia fotostática o facsímil de esta autorización es igual de válida como el original.

Nombre del paciente (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Firma de Paciente/ Padre/ Tutor Legal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma de Testigo o de Representante de BRCHS \_\_\_\_\_



## Reconocimiento del paciente

Recibí los formularios: Derechos de Privacidad del Paciente (HIPAA por sus siglas en ingles), los Derechos y Responsabilidad del Paciente y Las Responsabilidades Financieras del Paciente

Yo reconozco el haber recibido una copia de los formularios: Derechos de Privacidad del Paciente (HIPAA), los Derechos y Responsabilidad del Paciente y Las Responsabilidades Financieras del Paciente de la clínica Blue Ridge Community Health Services, Inc.

---

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Fecha

---

Firma del paciente

Fecha

---

Firma del testigo

Fecha



# SOLICITUD PARA OBTENER DESCUENTOS

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Por favor marque cada declaración que le aplique a usted o a un miembro de su familia quien este en esta solicitud. Esta información no se usará para retener o negar servicios a usted o su familia.

**I. PLAN DE DESCUENTOS BASADO EN INGRESOS**

Siendo un centro de salud federalmente calificado, BRCHS ofrece un programa de descuentos que se basa en los ingresos familiares a quienes califiquen. **Usted podrá recibir la tarifa de descuento incluso si tiene seguro médico privado, seguro del mercado o Medicare;** si es que la tasa de descuento es menos de lo que le tocaría pagar de su propio bolsillo con su seguro médico. Si usted no es elegible para el programa de descuentos, o si opta por no aplicar, o si no nos proporciona la información de su hogar y de sus ingresos tendrá que pagar el costo total por la atención médica. (Vea la declaración de Reconocimiento al final de este documento si es que **NO** quiere aplicar por el programa de descuento.)

Me gustaría ver si califico para los servicios bajo el Programa de Descuentos. Sí \_\_\_ No \_\_\_

**II. Verificación de Elegibilidad:**

**Información del hogar:** Favor de Incluirse a usted mismo, a su cónyuge/pareja y a todos los dependientes que viven en casa:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Parentesco	¿Tipo de seguro de salud?	¿Trabajador Agrícola en los últimos 2 años?	¿Veterano?
		Usted mismo			

**Ingresos Brutos:** Favor de anotar sus ingresos brutos (o sea, la cantidad de dinero que recibe antes de que le descuenten los impuestos.) Incluya los ingresos de todos los que viven en su hogar. Para comprobar sus ingresos, puede proveer sus impuestos más recientes, un talón de cheque, una verificación bancaria, una carta de su empleador declarando la cantidad de su salario, o una prueba de desempleo.

Tipo de ingresos (i.e. salarios, Seguro Social, manutención de niños, otros ingresos)	Nombre del miembro de la familia	Monto Bruto (antes de impuestos)	Frecuencia:(Semanalmente(x52), quincenalmente(x26), bimensualmente(x24), mensual (x12) etc.)
		\$	
		\$	
		\$	

Si no hay ingresos que reportar, o no tiene forma de documentar sus ingresos, usted debe completar la **Declaración de Certificación del Paciente** en la sección de abajo.

**Declaración de Certificación del Paciente**

Certifico que no tengo ninguna manera de documentar mis ingresos y que toda la información provista previamente es correcta. Comprendo que se puede usar esta información para determinar mi elegibilidad para recibir las tarifas del plan de descuentos de BRCHS. Comprendo que los oficiales de BRCHS pueden verificar la información en este formulario.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Reconocimiento si es que NO se va a aplicar por el Plan De Descuentos

Se me ha dado la oportunidad de solicitar el plan de descuentos de BRCHS, y en este momento no quiero solicitar el plan de descuentos de BRCHS o se me ha informado que no califico para el plan de descuento basado en una escala móvil proporcional. Comprendo que si no tengo seguro médico en el momento que se me rindan servicios médicos seré responsable de cualquier y todo cobro después que mi proveedor haya puesto todos los cargos en mi cuenta. Yo también seré responsable de cualquier cobro de laboratorio y/o Rayos-X en la visita de hoy. No seré elegible para recibir algún descuento para los cargos de oficina o de laboratorio ni tampoco se me permitirá recibir un descuento retroactivo para estos cargos en el caso de que en el futuro decida aplicar por el descuento basado en la escala móvil.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Consentimiento para la Solicitud Para Obtener Descuentos

Certifico que la información proporcionada es exacta y completa al mejor de mi conocimiento. En el caso de un cambio en el nivel de ingresos o la cobertura del seguro, yo le haré saber a BRCHS en mi próxima cita. Comprendo que seré responsable por la **totalidad del costo o por parte de ella** y que se me pedirá pagar **el mismo día de servicio**. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para determinar la elegibilidad de mi familia para obtener los servicios con descuentos y doy mi consentimiento para que se comparta mi información con las compañías farmacéuticas para fines de auditoría, o en el caso de que se me inscriban en algún programa de asistencia para medicinas que venda en mayoría a los pacientes. Entiendo que BRCHS utiliza un sistema llamado Oasis Insight o un historial médico electrónico para ayudar a determinar la elegibilidad para el Plan de Descuentos u otros servicios, y doy mi consentimiento para guardar la información en esta forma en dichos sistemas.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**III. POSIBLES DESAFÍOS PARA OBTENER ATENCIÓN MÉDICA** Esta lista se usa para identificar otras áreas en su vida con las cuales puede recibir ayuda de parte de los recursos en la comunidad. Nos ayudara a formar un plan de acción, lo que puede incluir el ser remitido a otros departamentos u organizaciones externas. Si desea más información o si tiene alguna pregunta de cualquier de los artículos abajo marque la casilla para que un Navegador de Pacientes le pueda ayudar.

**Seguro Médico / Acceso A Atención Medica**

- Necesito un seguro médico (Medicaid, Seguro Médico ACA, Planificación Familiar, u otros programas.)
- Necesito matricularme en Medicare, o necesito asesoramiento sobre Medicare (SHIP por sus siglas en ingles).
- Necesito aplicar por el Plan de Beneficencia del hospital.
- Necesito ayuda para pagar por mis medicamentos (esto no incluye el uso de descuento de medicamentos ni el programa de asistencia para medicamentos)
- Necesito solicitar una exención de la multa por no tener cobertura médica.
- Mi Solicitud para Medicaid o Seguro Médico ACA fue negada.
- Necesito ayuda para llegar a otras citas importantes

**Vivienda**

- No tengo un lugar seguro para vivir (vivo en albergues, con amigos, en el carro/parque. Etc.)
- Me gustaría recibir ayuda para encontrar vivienda de bajo costo.
- Estoy en riesgo de perder mi hogar.
- Hay condiciones inseguras en mi casa como (moho, fugas de agua, o pintura descascarada etc.)

- Tengo dificultades para pagar las facturas de calefacción o de servicios públicos

**Comida**

- A veces o frecuentemente no tengo comida suficiente para mí o mi familia.
- Me gustaría llenar la solicitud para los cupones de alimento (SNAP por sus siglas en ingles).
- Me negaron una solicitud para cupones de alimento (SNAP).

**Transporte**

- Necesito ayuda para ir a las citas médicas.
- El sistema de autobús no pasa cerca de donde vivo o trabajo.

**Otro**

- Me gustaría inscribirme para votar en las elecciones.
- Necesito ayuda para hacer mi declaración de impuestos.
- Me negaron la solicitud de incapacidad.
- ¿Otros obstáculos o desafíos?

**Ninguno**

- No preciso de ayuda en este momento

Nombre del Personal de BRCHS \_\_\_\_\_ Escala (A-E): \_\_\_\_\_ Entró al EHR (iniciales) \_\_\_\_\_





## AUTORIZACIÓN PARA FOTOGRAFÍA

---

Yo doy mi consentimiento para que Blue Ridge Health (BRH) tome mi foto digital y comprendo que:

- La foto será almacenada permanentemente en mi expediente médico electrónico.
- La foto será usada para identificarme cuando vengo a BRH para recibir atención.
- La foto será almacenada de manera segura para proteger mi privacidad.
- La foto NO será usada fuera de BRH, al menos que yo (o mi representante legal) de mi permiso escrito.
- BRH será el dueño de la foto. Yo puedo ver la foto o pedir copias de la foto, si es que yo (o mi representante legal) firmo un formulario autorizando el revelar mis archivos médicos.
- Mi proveedor de BRH puede usar su teléfono para tomar una foto de mi para propósitos de diagnóstico. Yo comprendo que esta foto será tomada con la aplicación Athena Capture y almacenada en un servidor seguro de los EEUU. Estas fotos no son almacenadas en el servidor típico del teléfono de mi proveedor. Esta foto también será una parte permanente de mi expediente médico electrónico (Athena One).

---

El paciente tiene que contestar lo siguiente:

Yo Acepto

Yo no acepto

---

Nombre del paciente en letra de molde

---

Firma del paciente (o de la persona autorizada para firmar por el paciente)

---

Parentesco al paciente

---

Fecha

Administrative Offices  
220 5<sup>th</sup> Avenue East  
Hendersonville, NC 28792



**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MEDICA PROTEGIDA**

**Liberación de información de:**

Blue Ridge Health
-------------------

U

Otra Instalación:
-------------------

**PARA USO O REVELAR A:**

Nombre de la persona o Instalación:			
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono:	Fax:	Correo Electrónico:	

**La información médica protegida de:**

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:	Últimos 4 #s de seguro social:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono:	Número de expediente médico de BRH:		

**Fechas de Servicio:** \_\_\_\_\_

**Información autorizada para revelar, si está incluido en mi expediente:**

- Expediente Médico Completo
- Reportes de Consultas
- Lista de problemas/Diagnósticos
- Lista de Medicamentos
- Pruebas de Laboratorio (especifique): \_\_\_\_\_
- Otro (especifique); \_\_\_\_\_
- Informe de Visitas
- Notas de oficina
- Registros de Vacunas
- Historial & Físico
- Historial de Medicamentos
- Imágenes de Radiología & Diagnostico
- Registros de Facturas

*Entiendo que la información liberada pueda incluir información sensible relacionada con salud mental y/o conductual, drogas y alcohol (incluyendo notas de algún programa que provee diagnósticos de abuso de alcohol o drogas, tratamientos o remisiones, así definido por la ley federal en 42 C.F.R parte 2), VIH/SIDA y otras pruebas genéticas a menos que sea limitado por lo seleccionado arriba. Esta autorización no incluye permiso para liberar notas psicoterapeutas (definidos como expedientes de sesiones de consejería ya sean en privado, en grupo, o en familia las cuales son separadas del resto del expediente del paciente). Liberación de notas psicoterapeutas requiere de una autorización aparte.*

**Ponga una PALOMITA a un lado de la razón por la petición:**

- Atención de Continuo del paciente
- Seguro médico
- Elegibilidad para beneficios
- Uso Personal
- Abogado/ Legal
- Otro \_\_\_\_\_

Ponga una palomita a un lado de como quisiera recibir su pedido.

	Al domicilio mencionado arriba
	Al número de Fax mencionado arriba (solo números de consultorios médicos; no personales)
	Recoger en la clínica:

	Liberación Verbal
	Revisión en una oficina administrativa
	Enviar al correo electrónico mencionado arriba

Yo entiendo:

- Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento:
  - La revocación no aplica a información que haya sido liberada a causa de esta autorización.
  - Debo revocar esta autorización por escrito. El proceso para revocar esta autorización es presentar una revocación escrita al Departamento de Expedientes Médicos de BRH.
- Yo puedo reusar firmar esta autorización:
  - Mi tratamiento, pago, inscripción a un plan de salud, o elegibilidad para beneficios no será determinada por mi autorización de esta liberación.
  - Una tarifa podrá ser cobrada al proveer información médica protegida. Por favor contacte al departamento de expedientes médicos de BRH al 828.692.4289

Eh sido informado y entiendo que la información revelada conforme a esta autorización puede ser velada por el recipiente de dicha información. Puede que una vez siendo revelada, la privacidad de la información ya no sea protegida bajo la ley federal de privacidad medica

Al menos que sea revocada, esta autorización, expirara en la siguiente fecha, evento, o condición: \_\_\_\_\_ . Si fallo al especificar una fecha de expiración, evento o condición, esta autorización expirara automáticamente en noventa (90) días contando desde la fecha que se firmó.

Blue Ridge Health, sus empleados, funcionarios, y proveedores médicos por el presente están exentos de cualquier responsabilidad legal u obligación por la liberación de la información mencionada arriba hasta el punto indicado y autorizado aquí dentro.

**Eh leído y entiendo la información de este formulario de autorización.**

Firma del Paciente:	
Nombre Escrito (letra molde):	Fecha:

Firma de Representante Autorizado:	
Nombre Escrito (letra molde):	Fecha:

Por favor explique la autoridad del representante para actuar en nombre del paciente:
---

**SOLO PARA USO OFICIAL**

Nombre/Título de la persona liberando la información: \_\_\_\_\_

Fecha Completada: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Enviado por:  Correo USPS  Fax  Correo electrónico encriptado  
Fecha de revocación: \_\_\_\_\_