Departamento de EMS del Condado de Williamson
Autorización para uso y revelación de Información de Salud Protegida (PHI)

Nombre del Paciente: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo electrónico: _____Fecha de nacimiento: _____

Al firmar este documento consiento el uso o revelación de cierta información de salud protegida (PHI) por el Departamento de EMS del Condado de Williamson, en relación con el/la paciente mencionado(a) anteriormente. Esta autorización es referente a la siguiente información sobre el paciente (incluya la fecha de servicio si se conoce):

_____

_____

Esta información puede ser usada por el Departamento de EMS del Condado de Williamson y puede ser revelada a:

_____

_____

Entiendo que tengo el derecho de revocar ésta autorización en cualquier momento, con excepción si el Departamento de EMS del Condado de Williamson ya haya actuado en el amparo de la autorización. Para revocar ésta autorización entiendo que debo hacerlo en el Departamento de EMS del Condado de Williamson por escrito con la persona encargada:

Theresia Carter
303 Martin Luther King
Georgetown, TX 78626

512-943-1264
theresiacarter@Wilco.org

Entiendo que la información usada o revelada ya no esta en conformidad con esta autorización y esta sujeta a ser revelada por el que ahora la esta recibiendo. Este documento ya no estará sujeto a la protección de privacidad que la ley establece.

Entiendo que mi autorización de salud protegida (PHI) no es requerida por el Departamento de EMS del Condado de Williamson para ser utilizada para mi tratamiento, pago o procedimientos del cuidado de la salud.

Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar y copiar la información que esta siendo usada o revelada como parte de esta autorización. La autorización que esta siendo solicitada será utilizada para los siguientes fines:

_____

_____

El uso o la revelación de la información solicitada resultará ___ ó no resultará ___ en directo y/o remuneración indirecta de un tercero.

Reconozco que he leído las disposiciones de la autorización y que tengo derecho a negarme a firmar ésta autorización. Entiendo y acepto sus términos.

Esta autorización expira en: _____ (fecha o evento).

Firma: _____ ***Fecha:*** _____

***Firma del testigo*: _ _____ *Fecha:* _____**

Representante del paciente (si la persona que firma es diferente del paciente):

Nombre: _____

Relación con el paciente (padres, tutores, etc.): _____

Describa en calidad de autoridad que el representante del paciente tiene:

_____

_____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

"Ante mí, _____, notario público para el estado de Texas, en este día apareció en persona _____, y mostrando su número _____de licencia de manejar o Identificación de Texas, y probando ser la persona cuyo nombre esta escrito anteriormente y reconoce que él o ella ejecuta la misma autoridad para los propósitos y la consideración expresada en el mismo.

Dado bajo mi mano y sello de la oficina el día ___ de _____, 20_____

_____
Notario público – Estado de Texas