



100 US Highway 46 East, Building B Ste 204, Mountain Lakes, NJ 07046

◆ Phone (973) 917-3200 ◆ Fax (973)917-3201 ◆ www.mtlakesmedical.com

No appointment necessary. Hours: Mon 8am-8pm, Tues-Thur 8am-6pm Fri 8am-3pm, Sat & Sun 9am-2pm

Autorización del Paciente Para Uso y Revelación de Información de Salud Protegida (HIPAA)

Yo por medio del presente documento autorizo a **Mountain Lakes Medical Center** para que utilice y revele mi información de salud (PHI) e historia de medicamentos acerca del tratamiento que me hicieron, pago y operaciones de cuidado de salud (TPO). (El aviso de práctica de privacidad proporcionado por **Mountain Lakes Medical Center** describe dichos usos y revelaciones más detalladamente.)

Yo tengo derecho a revisar el aviso de prácticas de privacidad antes de firmar esta autorización. **Mountain Lakes Medical Center** se reserva el derecho de revisar su aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Una copia de la misma se puede obtener enviando una solicitud por escrito **Mountain Lakes Medical Center** al **100 US Highway 46 East, Building B, Suite 204, Mountain Lakes, NJ 07046**.

Con esta autorización, **Mountain Lakes Medical Center** puede llamar a mi casa u otro lugar alternativo y dejar un mensaje en la contestadora ó en persona, relacionado con cualquier asunto que ayude a la práctica a llevar a cabo el TPO, tales como recordar citas, asuntos de seguros y cualquier llamada relacionada con mi cuidado médico, incluyendo resultados de laboratorio, entre otros.

Con esta autorización, **Mountain Lakes Medical Center** puede enviar por correo a mi casa u otro lugar alternativo cualquier asunto que ayude a la práctica a llevar a cabo el TPO, tales como tarjetas para recordar citas, estados de cuentas del paciente, siempre y cuando estos estén marcados como "Personal y Confidencial".

Con esta autorización, **Mountain Lakes Medical Center** puede enviarme correos electrónicos a mi casa u otro lugar alternativo, cualquier asunto que ayude a la práctica a llevar a cabo el TPO, tales como tarjetas para recordar citas y estados de cuentas del paciente. Yo tengo derecho a exigirle a **Mountain Lakes Medical Center** que restrinja ó divulgue mi PHI para llevar a cabo el TPO. La práctica no está obligada a aceptar las restricciones de mi solicitud, pero en caso que lo haga, está obligada por medio de este documento.

Al firmar este documento, estoy dando mi consentimiento para permitirle a **Mountain Lakes Medical Center** que use y divulgue mi PHI para llevar a cabo el TPO.

Yo puedo revocar mi autorización por escrito, excepto en el caso en que la práctica ya haya dado información con la confianza de mi consentimiento anterior. Si yo no firmo esta autorización ó luego la revoco, **Mountain Lakes Medical Center** puede negarse a tratarme.

Yo autorizo a MLMC para que de información a cerca de mi PHI (Información protegida de salud, incluyendo pero no limitada a tratamiento, estados financieros y citas) a: _____

Firma del Paciente ó Tutor Legal

Fecha

Nombre del paciente ó Tutor Legal