



Brindamos servicios en los siguientes condados: Grant • Mercer • Morton • Oliver • Sioux

Custer Health
For a healthier way of life.

403 Burlington Street SE
Mandan, North Dakota 58554
701-667-3370 • Fax: 701-667-3371

Autorización para el uso o la divulgación de información de salud protegida (PHI)

A través de este formulario, usted autoriza a Custer Health para que use y divulgue su información de salud protegida. Complételo en su totalidad. Comuníquese con el oficial de privacidad al 701-667-3370 si tiene preguntas sobre esta autorización.

Nombre		
Dirección física		
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono	Fecha de nacimiento	
Fecha de la solicitud		
Yo, _____, autorizo al personal de Custer Health para que (marque todas las opciones que correspondan):		
<input type="checkbox"/> use la siguiente información de salud protegida		
<input type="checkbox"/> divulgue la siguiente información de salud protegida a:		
Descripción de la información que se usará o divulgará (describa la información de salud protegida específica que se usará o divulgará, como la fecha del servicio, el tipo de servicio, el grado de detalle de la información, el origen de la información, etc.).		
Esta información de salud protegida se usará o divulgará con los siguientes fines:		
Esta autorización estará en vigencia hasta (seleccione una opción):		
<input type="checkbox"/> Fecha [mm/dd/aaaa] _____ (hasta cinco años)		
<input type="checkbox"/> Finalización del estudio de investigación		
<input type="checkbox"/> No existe una fecha de finalización		

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Para ello, debo enviar una notificación escrita al oficial de privacidad a 403 Burlington St SE, Mandan, North Dakota 58554.

Entiendo que la revocación no se hará efectiva en los casos en los que Custer Health haya usado o divulgado la información de salud protegida en conformidad con mi autorización previa.

Entiendo que los receptores de la información pueden divulgarla a terceros y que, en ese caso, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por la ley federal o estatal.

No condicionaremos su tratamiento a la firma de esta autorización para el uso o la divulgación de su PHI.

Usted no está obligado a firmar este formulario. Si lo firma, tiene derecho a recibir una copia de la autorización completa.

Quiero recibir una copia de este formulario de autorización.

Firma de la persona o de su representante personal _____ Fecha _____

Firma del miembro del personal de Custer Health _____ Fecha _____

(si es un representante personal, presente un documento de identidad o describa su puesto):