EHCW
Educational Health Center of Wyoming

Albany Community Health Clinic | (307) 766-3313
1174 N 22nd St. | Laramie, WY 82072

UW Family Practice
(307) 234-6161
1522 E. A St. | Casper, WY 82601

UW Family Medicine
(307) 632-2434
820 E. 17th St. | Cheyenne, WY 82001

Centro de Salud Educativa de Wyoming
HIPAA Forma 3.2 C
Reconocimiento al Paciente
Autorización para el uso y divulgación de información sanitaria protegida

Yo entiendo:

1. Se me ha dado la oportunidad de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad del Centro de Salud Educativa de Wyoming ("EHCW") y he tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta que pueda tener.
2. La firma de esta autorización es estrictamente voluntaria, puedo negarme a firmar esta autorización.
3. Mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios puede no ser una condición para firmar esta autorización.
4. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito; Si elijo hacerlo, mi revocación no tendrá ningún efecto en las acciones tomadas antes de que EHCW reciba mi revocación.
5. Si el solicitante o receptor de mi Información médica protegida (PHI) no es un plan de salud o proveedor de atención médica, la información divulgada puede ya no estar protegida por las regulaciones federales de privacidad y puede ser.
6. Entiendo que recibiré una copia del formulario después de firmarlo; o si elijo no firmarlo.

Nombre del Paciente:	
Fecha de Nacimiento:	Teléfono #(s):

Por favor, háganos saber si tiene una preferencia en la forma en que nos ponemos en contacto con usted (número de teléfono específico, correo de voz, correspondencia de correo).

_____

_____

_____

_____

_____

Autorización del Paciente	
Proporcione su nombre y información de contacto para la(s) persona(s) que está autorizando a ver o compartir su PHI.	
Autorizo al Centro de Salud Educativa de Wyoming a divulgar mi información a las siguientes personas. Proporcione sus nombres completos y fecha de nacimiento, para que podamos verificar su identidad.	
Miembro/Amigo de la Familia Primaria	
Imprimir nombre del miembro/amigo de la familia	Número de teléfono del miembro/amigo de la familia
Relación con el miembro/amigo de la familia	Fecha de nacimiento del miembro/amigo de la familia
Miembro/Amigo de la Familia Alternativa	
Imprimir nombre del miembro/amigo de la familia	Número de teléfono del miembro/amigo de la familia
Relación con el miembro/amigo de la familia	Fecha de nacimiento del miembro/amigo de la familia
Miembro/Amigo de la Familia Alternativa	
Imprimir nombre del miembro/amigo de la familia	Número de teléfono del miembro/amigo de la familia
Relación con el miembro/amigo de la familia	Fecha de nacimiento del miembro/amigo de la familia
Propósito de la Divulgación	
Esta autorización expirará un año a partir de la fecha de firma a continuación, a menos que especifique una fecha de vencimiento diferente aquí:	
Reconocimiento al Paciente	
He leído lo anterior; Autorizo la divulgación de mi información médica protegida como se indica.	
Firma:	Fecha:
Nombre impreso del testigo:	Firma de testigo:

October 2020