

Esta autorización es para su uso, de conformidad con las normas de privacidad de HIPAA, si autoriza la divulgación de información médica o de salud a un cónyuge, padre, hijo adulto o cuidador para el acceso en una base en curso para ayudar con su cuidado y mantenimiento de su información. Usted entiende estos registros pueden contener información creada por otras personas o entidades, incluidos los médicos u otros profesionales de la salud, así como información sobre el uso de los servicios de tratamiento de drogas y alcohol, el tratamiento del VIH / SIDA, los servicios de salud mental (excluyendo las notas de psicoterapia) , servicios de salud reproductiva y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.

Sección 1: Información del paciente

Primer nombre, Inicial, Apellido: _____

Fecha de nacimiento MM / DD / AÑO: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Código de estado / código postal: _____

Teléfono: _____

Sección 2: persona autorizada para recibir Información NuCara Specialty Pharmacy

Primer nombre, Inicial, Apellido: _____

Fecha de nacimiento MM / DD / AÑO: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Código de estado / código postal: _____

Teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Relación con el paciente: _____

Sección 3: Información que se entregará

Marque (X) la información que nos solicita que liberar a la persona nombrada anteriormente.

Información de Salud TODO _____	Fechas específicas / años de tratamiento _____	
Historia / Físico _____	Informe de Laboratorio _____	Fecha de la última surtida _____
Plan de Atención _____	Medicamentos _____	Inmunizaciones _____
Otra información que se especifica: _____		

O sólo la información marcada (X)

Sección 4: Expiración Requerido

Esta autorización se vence MM / DD / AÑO: _____ Iniciales del paciente: _____

O en caso de un evento específico: _____ Iniciales del paciente: _____

Sección 5: Información acerca de esta Autorización

- Usted tiene el derecho de revocar la autorización, por escrito, a NuCara Specialty Pharmacy en cualquier momento. La revocación sólo es efectivo después de que se recibe y registra de manera Nucara Especialidad Farmacia cualquier uso o de la divulgación hecha previo a la revocación no se incluye como parte de la revocación.
- Consulte nuestro Aviso de prácticas de privacidad para el uso y divulgación de la Salud Protegida permitida Información (PHI). Usted puede obtener una copia de esta notificación por parte de la oficina corporativa. Por favor, mantenga una copia de la autorización para sus registros.
- Una vez PHI se da a conocer a los demás, puede ser revelada a ellos a las personas o entidades que no son sujeto a las regulaciones de privacidad, lo que significa que el PHI puede no estar protegida por las regulaciones.
- Regulaciones de privacidad prohíben el acondicionamiento de tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios firma de esta autorización.
- Esta autorización deberá ser firmado y fechado por el paciente o firmado y fechado por el paciente de representante personal para incluir una descripción de la capacidad de la persona para actuar en nombre del paciente.

Sección 6: Firma y Fecha del Paciente

Yo, _____, al firmar a continuación, autorizo NuCara Specialty Pharmacy para usar o divulgar mi información de salud como se ha descrito anteriormente.

Firma y Fecha: _____

Sección 7: Firma del representante del paciente y fecha

Si esta autorización es firmada por el representante personal del paciente, explique su autoridad para actuar a continuación.

This authorization will expire on 12/31/2025

Sección 8: Retorno de Autorización

Si es aplicable a su situación, por favor, complete y envíe este formulario a la siguiente completado:

NuCara Specialty Pharmacy
5042 Maple Drive
Pleasant Hill, IA 50327

AVISO DE PRIVACIDAD RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICA