



Tampa Family Pharmacy
 DBA: TFP Wellness Systems
 12470 Telecom Dr. Suite 110W, Tampa, FL. 33637
 Teléfono: 813-813-5161 | Fax: 813-877-2479
 Correo Electrónico: Advocate@tfpspecialty.com

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA A PERSONAS/FAMILIARES

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

De acuerdo con las normas de privacidad del Gobierno Federal implementadas a través de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), para que nuestros farmacéuticos o personal puedan discutir sus condiciones y/o medicamentos con los miembros de su familia u otras personas que usted designe, debemos obtener su autorización firmada.

Esta autorización para divulgar su información expirará en la fecha que se especifica a continuación. Es su responsabilidad informarnos por escrito si desea actualizar o modificar esta información.

Autorizo a TAMPA FAMILY PHARMACY a divulgar toda o cualquier información relacionada con mi atención médica/de recetas a las siguientes personas:

Nombre de Pila	Apellido	Relación	Teléfono #	Fecha de Vencimiento de la Autorización
1.				
2.				
3.				

**** Tenga en cuenta ****: Puede elegir la fecha de vencimiento para cada persona mencionada anteriormente. La fecha seleccionada se basa en su preferencia y la autorización será válida hasta esa fecha.

NO autorizo a Tampa Family Pharmacy a divulgar mi información médica protegida a ninguna persona.

Entiendo que puedo cancelar este consentimiento en cualquier momento escribiendo a Tampa Family Pharmacy. Esta autorización estará vigente hasta la fecha de vencimiento indicada anteriormente.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____