

Permiso para divulgar Información Médica Amparada (IMA)

1. ¿Que realiza este trabajo?

Yo soy el paciente Yo soy el paciente
 Tengo el derecho legal de actuar de esta persona. (Marque uno abajo; y enviar documentos legales).
 Yo soy Tutor Other _____

2. ¿Quién es el paciente?

Apellido		Nomre		Inicial	
No. de ID (SSN)		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)		Número de teléfono (con código de área)	
Dirección		Ciudad		Estado	Código postal

3. ¿Que se puede obtener información de salud del paciente dar a?

Nombre (como miembros de la familia que viven conmigo, o un lugar de negocios)		Número de teléfono (con código de área)
Dirección		Ciudad, Estado, Código postal

4. ¿Qué información de la salud podemos compartir?

Sólo CoverRx puede dar información sobre su salud.
 Sólo compartiremos la información de salud que OK. Nos dice la información de salud de su historial que dices pueden ser compartidos. Dar la fecha o lugar si se puede.

Información médica	Fecha en que me prestaron el servicio	Nombre del lugar que me presto el servicio

Esta OK incluye medicina usted ahora o ha tomado la información de salud que dices que podemos compartir.
 Esta OK termina cuando ya no eres un miembro de CoverRx. Sin embargo, este bien no puede ser más de 1 año.
 Usted puede tomar detrás su aceptar en cualquier momento. Deberá informarnos por escrito:
Envíe su información a Tennessee CoverRx, ATTN: Pharmacy Dept. – 4W, 310 Great Circle Road, Nashville, TN 37243.
 ¿Qué ocurriría si retira su **autorización**? No corresponderá a la información médica que ya divulgamos.
 Pero, **no** divulgaremos ninguna otra información médica sobre usted.

5. Firma del paciente

Doy mi **autorización** para que divulguen la información indicada en este papel. Este papel puede ser un original o una copia.

Firme aquí: _____
 Firma o marca (“X”) CoverRx miembro

 Fecha
 ()

Si firmó “X”, díganos el nombre de la persona que le ayudó.

 No. de teléfono de la persona que ayudó

 Calle, Ciudad, Estado, Código postal de la persona que ayudó