AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

1. Firmando abajo, autorizo por este medio, que información acerca de mi salud (aquí referida como "Información Protegida de la Salud") sea usada o relevada. La Información Protegida de la Salud que autorizo para su uso o revelación es la siguiente:
   - Liberación estándar de información (incluyendo notas escritas a mano o mecanografiadas del terapeuta).
   - Información específica de los gráficos que puede incluir : _____
   - Otra: _____

2. Las personas o grupos de personas específicas que están autorizados a usar o revelar mi Información Protegida de la Salud son los siguientes: cualquier centro de salud y/o empleado del Centro de la Mano de Indiana.

3. Por este medio, solicito a la Asociación de Cirugía de la Mano a hacer uso o revelar mi Información Protegida de la Salud a los siguientes individuos o instituciones (abogado, nombre del médico, etc.):
   Nombre (s) _____
   Dirección (es) _____

4. Esta autorización **expira en 60 días desde la firma** si no se indica ninguna otra fecha de expiración _____.

5. Entiendo que tengo derecho a revocar esta Autorización, si se hace por escrito, excepto si
   - La Asociación de Cirugía de la Mano ha tomado acción dependiendo de esta Autorización;
   - O, si esta Autorización fue dada como una condición para recibir cubrimiento por parte del seguro, otras leyes prueban que la compañía de seguros tiene el derecho a contestar una queja bajo las pólizas del seguro.

6. Entiendo que puedo revocar esta Autorización solicitándolo por escrito a:
   El Centro de la Mano de Indiana (Indiana Hand Center)

   8501 Harcourt Road
   Indianapolis, IN 46260
   A la atención de : RELEASE OF INFORMATION

7. Entiendo que mi Información Protegida de la Salud usada o revelada bajo esta Autorización, puede estar sujeta a la revelación a su vez por parte del que la recibe, y que la privacidad de mi Información Protegida de la Salud no estará entonces protegida por la ley.

   Firmando esta Autorización, reconozco que he leído y entendido esta Autorización. Es entonces que autorizo el uso o la revelación de mi Informacóon Protegida de la Salud de acuerdo a los términos de esta Autorización. **Por favor envíe este formulario a la dirección indicada en el punto número 6, o mandela por fax al 317-471-4471 (a la atención de : Release of Information).**

_____ _____
Firma (Paciente) Fecha Firma (Representante Autorizado) Fecha

_____ Relación del Representante
Nombre Escrito Autorizado a firmar por el paciente_____

_____ _____ _____
Teléfono del Paciente Fecha de nacimiento del Paciente

_____
Firma (Testigo) Fecha