

460 Wilson Avenue, Versailles, KY 40383  
Teléfono: (859) 879-0111 Fax: (859) 879-0363

# INFORMACIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO

Nombre: \_\_\_\_\_ Ml: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Dirección postal: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Dirección Calle (si es PO Box): \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Sexo: Hombre Mujer  
Carrera: Asiático Negro / afroamericano Hispano Blanco / Caucásico Otro \_\_\_\_\_  
Etnia: Hispano No-Hispano  
Idioma: Inglés Español Otro \_\_\_\_\_  
  
Nombres de la madre: \_\_\_\_\_ Ml: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Dirección postal (si es diferente del anterior): \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número De Seguro Social: \_\_\_\_\_  
  
Situación laboral: Tiempo completo Auto Jubilado Sin empleo  
Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Dirección postal: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
  
De Nombres del padre: \_\_\_\_\_ Ml: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Dirección postal (si es diferente del anterior): \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número De Seguro Social: \_\_\_\_\_  
  
Situación laboral: Tiempo completo Auto Jubilado Sin empleo  
Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Dirección postal: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
  
Estado civil de los padres: Individual Casado Divorciado Viudo Apartado  
Padre con custodia, en su caso: \_\_\_\_\_

# CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: \_\_\_\_\_ Ml: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Dirección postal: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

# RECORDATORIOS DE CITAS AUTOMÁTICOS

Versalles Medicina Familiar ofrece ahora telefónicas, texto y mensajes de correo electrónico automatizado para recordatorios de citas y otras notificaciones de oficina, tales como cierres de tiempo severo. Por favor, indique la siguiente información para participar.

Número de contacto preferido: Teléfono de la casa Teléfono Móvil Teléfono de trabajo

Método preferido del contacto: Llamada de voz Mensaje de texto (se aplican tarifas de mensajes de texto estándar)

Hora del día preferida: Mañana (9:00 am) Tarde (15:00) Noche (6:00 pm)

# PORTAL DEL PACIENTE

VFM ha lanzado un sitio web, conocido como un portal para pacientes, que contiene información y herramientas como los registros médicos, pedidos de reposición, resultados de laboratorio, etc. Esperamos que este portal, junto con el programa de notificación de mensaje anterior, nos permitirá mantener a nuestros pacientes mejor informados sobre su atención médica desde la comodidad de su propio hogar 24/7.

Por favor, indique la dirección de correo electrónico preferido, en su caso, recibir mensajes a través del portal de pacientes.

Medifamiliar Universal, dirección de correo electrónico en nuestro sistema, nuestro sistema de historia clínica electrónica generará automáticamente un nombre de usuario y contraseña para su cuenta de portal y enviarlas por correo electrónico a usted.  
Por favor, indique el nombre de usuario / contraseña,

Dirección de correo electrónico preferido: \_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿El paciente tiene seguro de salud?      ☐ Sí      ☐ No

Seguro Primario: \_\_\_\_\_ identificación del suscriptor #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Titular de la Tarjeta Nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección De Enlace es diferente a la anterior) \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Seguro Secundario: \_\_\_\_\_ Subscriber ID #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Titular de la Tarjeta Nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección De Enlace es diferente a la anterior) \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

#### PARTE RESPONSABLE

Marque la casilla si la información es la misma que la información de contacto de emergencia arriba.

Sin embargo, por favor asegúrese de indicar

Fecha de nacimiento de la parte responsable y SSN continuación.

Nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección Calle (si es PO Box): \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Sexo: Hombre Mujer

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓN DE LA FARMACIA

Indique su farmacia preferida a continuación.

Farmacia Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Page 3

#### HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA

##### HISTORIA DE NACIMIENTO

¿La madre recibió atención prenatal?      ☐ Sí      ☐ No

El niño es adoptado?      ☐ Sí      ☐ No

¿Dónde nació el paciente? Hospital: \_\_\_\_\_ Ciudad / Estado: \_\_\_\_\_

Forma de suministroEl parto vaginal      C-Sección

Fue el período completo del niño o prematura? \_\_\_\_\_

Por favor escriba cualquier complicación con el embarazo o el parto: \_\_\_\_\_

##### DEL PACIENTE HISTORIA MÉDICA

Por favor escriba cualquier problema anteriores o actuales de salud del niño ha / tenido?

Por favor incluya la variedad de problemas de salud      Cuando se diagnostican?

¿El niño tiene algún tipo de alergia a medicamentos o alimentos? No      ☐ Sí

Medicación / Alimentación

Reacción (sarpullido, falta de aliento, etc.)

¿Tiene el paciente tome los medicamentos a diario / frecuente?

No      ☐ Sí

Nombre del medicamento      Fuerza

Dosis y Frecuencia

¿Ha sido el niño hospitalizado? No Sí  
 Motivo de hospitalización Nombre del Hospital, Ciudad, Estado Fechas de Admisión

El niño ha tenido alguna cirugía? No Sí  
 Procedimiento quirúrgico Nombre del Hospital, Ciudad, Estado Fecha de la Cirugía

Página 4

## HISTORIA FAMILIAR

¿Hay antecedentes familiares de cualquiera de las condiciones enumeradas a continuación?  
 En caso afirmativo, indique la relación con el paciente.

Enfermedad	Relación con el paciente	Enfermedad	Relación con el paciente
Asma		Problemas renales	
Alergias		Problemas hepáticos	
Trastorno de la coagulación		Enfermedad Mental	
Cáncer (tipo?)		Problemas de la piel	
Fibrosis quística		Carrera	
Diabetes		Abuso de Sustancias	
La epilepsia (convulsiones)		Enfermedad de la tiroides	
Problemas del corazón		Tuberculosis	
Problemas intestinales		Tracto Urinario Cuestiones	

## HISTORIA SOCIAL DEL PACIENTE

¿De dónde viene el niño asista a la escuela o guardería? \_\_\_\_\_ Grado en la escuela? \_\_\_\_\_  
 ¿Hay alguien en la casa fuma? No Sí  
 ¿Hay armas en el hogar? No Sí  
 ¿Hay animales domésticos en la casa? No Sí  
 El niño ha viajado fuera de los Estados Unidos? No Sí, ¿dónde? \_\_\_\_\_

Page 5

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**  
**\*\* ESTE DEBE SER FIRMADO PARA SER TRATADA! \*\***

- Yo, el abajo firmante, autorizo al siguiente tratamiento:
  - Administración y el rendimiento de todos los tratamientos
  - La administración de los anestésicos necesarios
  - La administración de vacunas recomendadas para un determinado grupo de edad y / o estado de la enfermedad
  - El rendimiento de los procedimientos que se considere necesario o conveniente para el tratamiento de este paciente
  - Uso de la medicación prescrita, que puede incluir sustancias controladas
  - Rendimiento de diagnóstico procedimientos / pruebas, culturas, biopsias y cirugía
  - Rendimiento de otras pruebas de laboratorio médicamente aceptados que puede considerarse médicamente necesario o recomendable basado o el juicio del médico tratante o sus designados asignados
- Entiendo perfectamente que esto se da antes de cualquier diagnóstico o tratamiento específico.
- Comprendo que este consentimiento continúe en la naturaleza, incluso después de un diagnóstico específico se ha hecho y el tratamiento recomendada. El consentimiento permanecerá en pleno vigor hasta que sea revocada por escrito.
- Entiendo que Versailles Medicina Familiar, PLLC puede incluir consentimiento en oficinas satélite en virtud común propiedad.
- El abajo firmante, reconozco que Versailles Medicina Familiar, PLLC va a usar y divulgar mi información para con el propósito de tratamiento, pago y operaciones de atención médica como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad.
- Una fotocopia de esta autorización se considerará tan válida como el original.

**- PACIENTES DE MEDICARE:** Autorizo a divulgar información médica sobre mí a la Seguridad Social Administración o sus intermediarios para mi cobertura de Medicare.  
~~Medicina de Familia, pago de~~

**Inicial del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Yo reconozco que se me ha dado la Medicina Familiar Versailles, PLLC**  
**Aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que si tengo preguntas o quejas que debería ponerse en contacto**  
**Oficial de Privacidad.**

**Certifico que he leído y entendido completamente las declaraciones y consentimiento anteriores completamente**  
**voluntaria a su**

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento
Paciente (o Persona Responsable) Firma	Fecha de hoy

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE MENORES**

Yo, \_\_\_\_\_, el padre / tutor legal del menor se menciona a continuación, doy voluntariamente su consentimiento a Versailles Medicina Familiar para evaluar y tratar \_\_\_\_\_ (nombre del menor) nacido el \_\_\_\_\_ (Fecha de nacimiento).

A petición del menor - Da el permiso de menor importancia para programar citas y consentimiento tratamiento (s) sin permiso de los padres

Si se acompaña de la persona (s) se enumeran a continuación - da al individuo (s) nombrado abajo permiso para programar citas y consentimiento para el tratamiento (s) sin permiso de los padres

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Entiendo rutina médica de atención, tratamiento y servicios pueden incluir, pero no están limitados a: evaluación médica, examen físico, vacunas, radiografías y análisis de laboratorio de diagnóstico.  
~~Entiendo que si la transferencia de mi hijo a un hospital o sala de emergencia es necesario, autorizo a la decisión~~  
~~Entiendo que si la transferencia de mi hijo a un hospital o sala de emergencia es necesario, autorizo a la decisión~~  
Entiendo que si la transferencia de mi hijo a un hospital o sala de emergencia es necesario, autorizo a la decisión fabricante (s) nombrado anteriormente, o Versailles Medicina Familiar se debe dar el menor permiso para ser visto acompañados, a dar su consentimiento para el hospital o emergencia tratamiento en la sala de mi hijo en mi ausencia.

~~Entiendo que si la transferencia de mi hijo a un hospital o sala de emergencia es necesario, autorizo a la decisión~~  
~~Entiendo que si la transferencia de mi hijo a un hospital o sala de emergencia es necesario, autorizo a la decisión~~  
Entiendo que si la transferencia de mi hijo a un hospital o sala de emergencia es necesario, autorizo a la decisión fabricante (s) nombrado anteriormente, o Versailles Medicina Familiar se debe dar el menor permiso para ser visto acompañados, a dar su consentimiento para el hospital o emergencia tratamiento en la sala de mi hijo en mi ausencia.  
~~Entiendo que si la transferencia de mi hijo a un hospital o sala de emergencia es necesario, autorizo a la decisión~~  
~~Entiendo que si la transferencia de mi hijo a un hospital o sala de emergencia es necesario, autorizo a la decisión~~  
Entiendo que si la transferencia de mi hijo a un hospital o sala de emergencia es necesario, autorizo a la decisión fabricante (s) nombrado anteriormente, o Versailles Medicina Familiar se debe dar el menor permiso para ser visto acompañados, a dar su consentimiento para el hospital o emergencia tratamiento en la sala de mi hijo en mi ausencia.

Yo, \_\_\_\_\_, también de acuerdo en aceptar la responsabilidad financiera para toda la atención y / o servicios prestados en virtud de la presente autorización. Este acuerdo es válido por dos (2) años siguientes a la fecha de la firma de abajo menos que sean retiradas por escrito a Versalles Medicina de Familia.

Por otra parte, afirmo haber recibido la autorización de cualquier otro de los padres / tutores legales para la atención como se ha mencionado anteriormente.

Nombre del padre / tutor (Imprimir): \_\_\_\_\_

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Teléfono del día: \_\_\_\_\_ Teléfono De la Tarde: \_\_\_\_\_

Padres de Secundaria / Tutor (Imprimir): \_\_\_\_\_

Teléfono diurno secundario: \_\_\_\_\_ Secundaria teléfono tarde: \_\_\_\_\_

### POLÍTICA FINANCIERA

Estamos comprometidos a ofrecerle la mejor atención posible. Con el fin de ofrecerle un mejor servicio, **Familia Versalles La medicina** ha adoptado la siguiente política financiera. Por favor, leer y familiarizarse con esta facturación y política de pago para evitar futuros malentendidos. Si tiene alguna pregunta, por favor no dude en hablar con el oficina de facturación.

1. Todos los copagos son debidos en el momento se prestó el servicio. Si usted tiene un saldo pendiente en la hora de su cita, hay que recoger al menos el 25% de su saldo pendiente de pago más su copago a está por verse. Por otra parte, recambios también pueden ser rechazadas si el saldo de cuenta está vencida.

2. Todas las cuentas de más de 90 días de atraso se pueden enviar a una agencia de cobros.

VFM no es responsable de las cuentas que recogen los saldos de cuentas vencidas paciente.

Nuestro objetivo es continuar con el tratamiento de los pacientes 90 días de su saldo se debe.

Si usted tiene alguna pregunta o comentario, por favor llámenos a nuestra oficina durante este período y que estará encantado de ayudarlo.

Saldo pendiente de pago de la cuenta en el despedido.

Al firmar a continuación, usted se compromete a pagar todos los costes de recogida, incluyendo honorarios de abogados, gastos de cobranza, y honorarios contingentes a las agencias de cobro de hasta el 40%.

Señalará los cobros determinados por el pago de dichos honorarios y la contingencia a la agencia de cobranza.

3. Las siguientes listas de nuestros planes de seguro más populares de la red.

Tenga presente que como el paciente responsable, usted se en contacto con su compañía de seguros para determinar sus beneficios con VFM.

Además, VFM puede que tenga que pagar el precio de auto-pago, si no tenemos la experiencia pasada con su compañía de seguros en caso VFM está fuera de la red.

Aetna  
BCBS Anthem (PPO y Medicare)  
Bluegrass Family Health  
CIGNA  
Humana PPO (NO Humana Medicare)

Kentucky Salud Cooperativa (más)  
Medicaid (incluyendo Pasaporte)  
Medicare (algunos planes Advantage)  
United Healthcare  
UMR

4. Si usted no proporciona VFM con su tarjeta de seguro, usted será personalmente responsable de todos los cargos, y podrá elaborar se le pedirá que pagar la tasa de auto-pago en el momento de su visita y / o en última instancia, ser reprogramado.
5. Todos los pacientes sin seguro médico tienen que pagar \$ 75 para una nueva visita del paciente y \$ 60 para una visita de paciente establecido más los cargos adicionales de laboratorio / procedimiento.  
Todos los cargos son debidos en el momento de prestar el servicio.
6. Todas las visitas de compensación vehículo de motor y los trabajadores exigen que el paciente para proporcionar VFM con su número de reclamo, Dirección de seguro / número de teléfono, y ajustador de reclamos antes de ser visto.
7. cheques devueltos por falta de fondos deben ser pagados en su totalidad dentro de 10 días con una cuota de fondos de \$ 20 no suficiente  
Además de la cantidad adeudada. La falta de pago dará lugar a un posible despido de VFM y su cuenta es entregado a la Oficina del Fiscal del Condado de Woodford.

**Por favor, recuerde! Su cobertura médica es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Eres personalmente responsable de cualquier saldo no pagado por su compañía de seguros.**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Firma del Responsable si el paciente es menor de edad)

# INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD (PHI) COMUNICADO y HIPAA CONSENTIMIENTO

A partir del 21 de febrero 2014

**Nuestro Aviso de prácticas de privacidad** proporciona información acerca de cómo podemos utilizar y divulgar su información. El Aviso de privacidad proporciona una sección sobre Derechos del paciente describiendo sus derechos bajo la ley. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento y antes de cualquier servicio que se presta a usted por la práctica. Versalles Medicina Familiar se reserva el derecho de cambiar el Aviso de las Políticas de Privacidad. Si usted desea más información sobre su privacidad, puede contactar al Oficial de la Práctica o preguntando a la recepcionista del proveedor.

**Al firmar este formulario**, usted reconoce que se le ha dado la oportunidad de leer Aviso de Privacidad de la clínica. Prácticas previas a cualquier servicio que se presta a usted por esta práctica, y usted da su consentimiento para el uso y divulgación de su información médica a otros profesionales de la salud involucrados en su cuidado y para el tratamiento, pago y atención médica operaciones. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito, firmada por usted. Si usted no quiere que se divulgue su información médica, puede hacerlo al firmar este formulario. Versalles Medicina Familiar es una entidad de Responsabilidad (HIPAA) y Tecnología de la Información de Salud para Económico y la Ley de Salud Clínica (HITECH).

**Autorizo Médicos / personal de Versalles Medicina Familiar, a divulgar información referente a mi hijo de condición y / o la atención a aquellas personas que se mencionan a continuación:**

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación
--------	---------------------	----------

**Versalles Medicina Familiar puede ponerse en contacto con \_\_\_\_\_ (nombre) de la siguiente manera: (marque todo lo que corresponda)**

<b>CASA DE TELÉFONO:</b> _____	<b>CELULAR TELÉFONO:</b> _____
¿Se puede dejar mensaje detallado en responder máquina	¿Se puede dejar mensaje detallado de correo de voz con mensaje detallado
¿Se puede dejar el mensaje con sólo número de llamada	¿Se puede dejar el mensaje con sólo número de llamada
¿Se puede dejar mensaje detallado con miembro de la familia	
Quien? _____	<b>COMUNICACIÓN ESCRITA</b>
<b>TRABAJO DE TELÉFONO:</b> _____	Aceptar para enviar por correo a mi dirección de casa
¿Se puede dejar mensaje en el correo de voz con detallada mensaje	Aceptar para enviar a mi trabajo / dirección de la oficina
¿Se puede dejar el mensaje con sólo número de llamada	Aceptar para enviar por fax a este number _____
¿Se puede dejar el mensaje con un compañero de trabajo	Aceptar para enviar por correo electrónico a la siguiente dirección de correo electrónico: _____
Quien? _____	

He leído y comprendido la Medicina Aviso Versalles Familia de Normas de Privacidad (Privacy Policy) y entender / autorizar este formulario de consentimiento mediante la firma de abajo.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente / Representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Si Representante Legal, la relación con el paciente: \_\_\_\_\_

## Autorización para divulgar Información de Identificación del Paciente Salud

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
 Paciente Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, Herby autorizo Versalles Medicina Familiar, PLLC para recibir o divulga mi información de salud protegida se describe a continuación a / desde: \_\_\_\_\_ (Nombre)  
 \_\_\_\_\_ (Dirección)

El propósito de solicitar esta versión de la información es (marque uno):

a petición de la persona  
 otros medios (describir) \_\_\_\_\_

Esta autorización para el uso y / o divulgación se aplica a la información que se describe a continuación:

Completas de Registros Médicos  
Todas y todos los registros en poder de Versalles Medicina Familiar, PLLC incluida la salud mental,  
Registros de abuso de VIH y / o sustancia (de la cruz cualquier artículo que usted no autoriza que se publicará)  
Los registros relativos a tratamiento para la siguiente condición de la lesión: \_\_\_\_\_  
Los registros que abarcan el período de tiempo a \_\_\_\_\_  
Otros (especificar - incluye fechas) \_\_\_\_\_

Esta es la cantidad mínima de información necesaria para la finalidad descrita anteriormente. Ninguna otra información será revelada.

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, enviando dicha notificación por escrito a Versalles Medicina Familiar, PLLC., 360 Amsden Avenue, Suite 504, Versailles, KY 40383. Yo también entiendo que mi revocación no es efectiva en la medida en que las personas que he autorizado a utilizar y / o divulgar mi salud protegida información han actuado basándose en esta autorización.

Entiendo que no tengo que firmar esta autorización y que Versalles Medicina Familiar, PLLC no puede condicionar mi tratamiento o el pago de si firmo esta autorización.

Entiendo que la información usada o divulgada de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por las leyes y reglamentos federales con respecto a la privacidad de mi salud protegida información.

Esta autorización se vence un (1) año desde la fecha de la firma a menos que una fecha o evento específico está en la lista: \_\_\_\_\_

Certifico que he recibido una copia de esta autorización. Entiendo que esta solicitud debe ser llenada en su totalidad a asegurar la liberación oportuna de mi información.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Testigo