

# PCA – Primary Care Associates, P.A.

## HIPAA ("Health Insurance Portability and Accountability Act" o "Acta de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico") Autorización del paciente

Acepto haber recibido una copia de la Poiza de Privacidad de PCA. Yo, \_\_\_\_\_  
(Fecha de Nacimiento) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ autorizo a cualquier doctor y/o empleado de PCA que se comuniquen verbalmente o por escrito con la(s) persona(s) mencionada(s) ebajo sobre mi historial médico, los expedientes, las citas, los resultados de exámenes médicos, y/o la información de mi cuenta .

Nombre:

Relación:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### DEJANDO MENSAJES EN MAQUINAS CONTESTADORAS

Por este conducto doy autoridad a la Clinica PCA-Primary Care Associates, P.A. asi como a sus doctores y empleados autorizados a dejar informacion sobre mi salud en las maquinas contestadoras de los siguientes numeros:

# de Telefono :

Localización del teléfono (casa, trabajo, etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### PACIENTES MENORES DE EDAD

Si el paciente es menor de 18 anos favor de nombrar a la persona o personas autorizadas a traer al menor a las visitas con el medico o para laboratorio. Personas autorizadas deberan ser mayor de 18 anos. Si el menor es acompañado por alguien que no aparece en la lista debera presentar prueba de consentimiento **acto notarial** de los padres al momento de la cita con foto identificacion.

Nombre:

Relación:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

-----  
\_\_\_\_\_  
Sus iniciales aqui indican que usted **NO AUTORIZA** a ninguna persona para comunicarse con PCA-Primary Care Associates,P.A por ninguna razon. La NO AUTORIZACION incluye a sus contactos de emergencia.

-----  
Entiendo que está autorización se puede revocar o modificar en cualquier momento a mi petición escrita o la de mi representante legal.

PACIENTE o REPRESENTANTE: X \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

RELACIÓN: (si no es el paciente) \_\_\_\_\_

**Una copia de este documento es válido como original**