

**Formulario de autorización a representante de HIPAA**

Yo entiendo que al firmar voluntariamente este formulario, estoy identificando, autorizando y concediendo permiso al representante mencionado abajo para acceder a mi información protegida de salud (PHI) con el fin de ayudar en mi tratamiento y con el pago de ese tratamiento.

**Información del cliente – Por favor escriba con letra de imprenta**

Nombre del cliente: _____	Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ Ciudad, estado, código zip: _____	
Número de teléfono: _____	Número de miembro: _____

**Información del representante de HIPAA – Por favor escriba con letra de imprenta**

Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ Ciudad, estado, código zip: _____	
Número de teléfono: _____	Relación con el cliente: _____

**Yo concedo al representante de HIPAA mencionado arriba acceso a: (TIENE QUE MARCAR UN CUADRO)**

- Toda mi información protegida de salud. Entiendo que esta información de salud puede incluir datos relacionados con HIV/SIDA y con el diagnóstico y tratamiento de discapacidades psiquiátricas o abuso de sustancias.
- Otro – Especifique límites o información específica que se puede revelar:

\_\_\_\_\_

Entiendo que mi tratamiento o pago por el tratamiento no puede ser condicionado que firme este formulario.

**Entiendo que esta designación: (TIENE QUE MARCAR UN CUADRO)**

- Será efectiva por toda la vida del cliente, a menos que la revoque.
- Expirará un (1) año a partir de la fecha de ejecución.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, excepto en la medida que Elixir Pharmacy ya haya actuado en base a ella.

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓN DE AUTORIZACIÓN:** Entiendo que puedo cancelar esta designación de representación de HIPAA en cualquier momento completando y firmando esta sección, y enviándola a: Elixir Privacy Officer, 2181 E. Aurora Rd, Twinsburg, Ohio 44087.

Yo ya no deseo que: \_\_\_\_\_ actúe como me representante personal.

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Número de miembro: \_\_\_\_\_

Complete este formulario, firmelo y remítalo a: Elixir Pharmacy, 7835 Freedom Avenue NW, North Canton, Ohio 44720-6907

**Administración solamente:**     Elixir Mail Order Pharmacy                       Elixir Specialty Pharmacy