

# FOUR SEASONS SURGERY CENTERS

## STANDARD AUTHORIZATION OF USE AND DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION AUTORIZACIÓN ESTÁNDAR PARA USO Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

**Information To Be Used or Disclosed** The information covered by this authorization includes:

**Información a ser usada o revelada** La información cubierta por esta autorización incluye:

\_\_\_\_\_ X-rays / Films / Rayos X's

\_\_\_\_\_ Lab Results / Resultados de laboratorio

\_\_\_\_\_ Surgery Report / Reporte de cirugía

\_\_\_\_\_ Pathology Reports / Reporte de Patología

**Persons Authorized to Use or Disclose information** Information listed above will be used or disclosed by:

**Personas autorizadas a usar o revelar la información** La información indicada anteriormente será usada o revelada por:

\_\_\_\_\_  
Name of Person or Organization / Nombre de la Persona u Organización

\_\_\_\_\_  
Name of Person or Organization / Nombre de la Persona u Organización

**Persons To Whom Information May Be Disclosed** Information described above may be disclosed to:

**Personas a quienes se puede revelar la información** La información descrita anteriormente se puede revelar a:

\_\_\_\_\_  
Name of Person or Organization / Nombre de la Persona u Organización

\_\_\_\_\_  
Name of Person or Organization / Nombre de la Persona u Organización

**Expiration Date of Authorization** This authorization is effective through \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ unless revoked or terminated by the patient or the patient's personal representative.

**Fecha de vencimiento de la autorización** Esta autorización estará en vigencia hasta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, a menos que el paciente o el representante personal del paciente la revoquen o cancelen.

**Right to Terminate or Revoke Authorization** You may revoke or terminate this authorization by submitting a written revocation to Four Seasons Surgery Centers You should contact the Title of Privacy/Compliance Officer to terminate this authorization.

**Derecho a cancelar o revocar la autorización**

Usted puede revocar o cancelar esta autorización presentando una revocación por escrito a Four Seasons Surgery Centers. Deberá comunicarse con el Funcionario de Privacidad/Cumplimiento para terminar esta autorización.

**Potential for Re-disclosure** Information that is disclosed under this authorization may disclosed again by the person or organization to which it is sent. The privacy of this information may not be protected under the federal privacy regulations.

**Posibilidad de que la información se vuelva a revelar** La información que se revela bajo esta autorización puede volver a ser revelada por la persona u organización a la que se envió. La privacidad de esta información no se puede proteger bajo las regulaciones federales de privacidad.

**Signature / Firma**

\_\_\_\_\_  
Name of Patient (Print) / Nombre del Paciente (Escriba en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient / Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Date / Fecha

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient Representative / Firma del Representante del Paciente

\_\_\_\_\_  
Relationship of Patient Representative to Patient / Relación del Representante con el Paciente