

DESIGNACIÓN DE PARTE AUTORIZADA

Para Uso y Revelación de Información Protegida de Salud

El paciente ("Paciente") que firma esta Designación de Parte Autorizada ("Autorización") autoriza a EnvisionPharmacies para revelar información de salud del Paciente ("Información del Paciente") a la siguiente persona como "Parte Autorizada":

Nombre de la Parte Autorizada

Esta Autorización tiene como fin permitir a EnvisionPharmacies revelar información del Paciente a la Parte Autorizada para que esta pueda ayudar al Paciente con las recetas de medicamentos con EnvisionPharmacies y asuntos de pago con carácter permanente, por todo el tiempo que esta autorización tenga vigor.

EnvisionPharmacies no puede controlar que la Información del Paciente no sea revelada posteriormente a terceros como consecuencia de esta autorización. Tal Información de Paciente, en manos de la Parte Autorizada o de otra persona, no podrá ser protegida por las Leyes de Privacidad HIPAA, aunque podría estar protegida por otras leyes.

EnvisionPharmacies no condiciona el Tratamiento o Pago basado en esta autorización. El Paciente tiene el derecho de solicitar información sobre cómo su Información de Paciente puede haber sido revelada de conformidad con esta Autorización. El Paciente tiene derecho de obtener y conservar una copia firmada de esta Autorización. Una copia electrónica o en papel del original de esta Autorización será tratada como si fuera el original.

Esta Autorización expirará Un (1) año a partir de la fecha que aparece abajo. Sin embargo, el Paciente la puede revocar en cualquier momento remitiendo su revocación por escrito a EnvisionPharmacies, a la siguiente dirección: Privacy Officer, EnvisionPharmacies, 7835 Freedom Avenue NW, North Canton, OH 44720. EnvisionPharmacies respetará toda revocación escrita, salvo en casos en los cuales EnvisionPharmacies haya tomado acción de buena fe al amparo de esta Autorización.

Firma del Paciente

Nombre del Paciente

Número de Identificación del Paciente

Fecha