



CoverRx

Después de llenar y firmar este documento, enviar a: Tennessee CoverRx ATTN: Pharmacy Dept – 4W 310 Great Circle Road Nashville, TN 37243 teléfono: 1-800-424-5815 Fax: 1-888-298-4130

Permiso para divulgar Información Médica Amparada (IMA)

1. ¿Que realiza este trabajo?

Yo soy el paciente O Tengo el derecho legal de actuar de esta persona. (Marque uno abajo; y enviar documentos legales). Yo soy Tutor O Other

2. ¿Quién es el paciente?

Form with fields: Apellido, Nombre, Inicial, No. de ID (SSN), Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA), Número de teléfono (con código de área), Dirección, Ciudad, Estado, Código postal

3. ¿Que se puede obtener información de salud del paciente dar a?

Form with fields: Nombre (como miembros de la familia que viven conmigo, o un lugar de negocios), Número de teléfono (con código de área), Dirección, Ciudad, Estado, Código postal

4. ¿Qué información de la salud podemos compartir?

Sólo CoverRx puede dar información sobre su salud. Sólo compartiremos la información de salud que OK. Nos dice la información de salud de su historial que dice pueden ser compartidos. Dar la fecha o lugar si se puede.

Table with 3 columns: Información médica, Fecha en que me prestaron el servicio, Nombre del lugar que me presto el servicio

Esta OK incluye medicina usted ahora o ha tomado la información de salud que dice que podemos compartir. Esta OK termina cuando ya no eres un miembro de CoverRx. Sin embargo, este bien no puede ser más de 1 año. Usted puede tomar detrás su aceptar en cualquier momento. Deberá informarnos por escrito: Envié su información a Tennessee CoverRx, ATTN: Pharmacy Dept. – 4W, 310 Great Circle Road, Nashville, TN 37243. ¿Qué ocurriría si retira su autorización? No corresponderá a la información médica que ya divulgamos. Pero, no divulgaremos ninguna otra información médica sobre usted.

5. Firma del paciente

Doy mi autorización para que divulguen la información indicada en este papel. Este papel puede ser un original o una copia.

Firme aquí: Firma o marca ("X") CoverRx miembro

Fecha ()

Si firmó "X", díganos el nombre de la persona que le ayudó.

No. de teléfono de la persona que ayudó

Calle, Ciudad, Estado, Código postal de la persona que ayudó