



4610 Jefferson Lane NE
Tel: (505) 559-4495
info@wcscnm.com

Albuquerque, NM 87109
Fax: (505) 842-8025
www.wcscnm.com

**Actualización Anual del
Reconocimiento de la Ley Federal HIPAA
y de la Aceptación de la Divulgación de Información a Familiares.**

Fecha: _____ / _____ / _____

HE RECIBIDO EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: Si No

Iniciales: _____

Yo, _____,
(nombre)

autorizo a Women's Cancer and Surgical Care, P.C. , para divulgar mi Información Médica referente a la(s) siguiente(s) condición(es) específica(s):

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Toda la Información
Prueba de Papanicolaou | <input type="checkbox"/> Resultados de Exámenes de Sangre |
| <input type="checkbox"/> Procedimientos y Resultados
Información de Cita | <input type="checkbox"/> Información de Medicamentos/Recargas |

a: _____,

quien está relacionado a mí como : _____.

Libero a Women's Cancer and Surgical Care, P.C. de cualquier responsabilidad resultante de la divulgación de esta información confidencial.

NO autorizo a Women's Cancer and Surgical Care, P.C. para divulgar A NADIE, NINGUNA información médica o de cita.

Firma: _____

Fecha: _____ / _____ / _____