

Acuerdo de revelación de PHI



Su nombre	Su fecha de nacimiento

Política de información médica protegida de ANHC

La **información médica protegida (PHI)** incluye información demográfica, historia médica, resultados de pruebas, información del seguro y más. **Solo revelaremos la PHI a terceros con su permiso por escrito.**

¿A quién debe incluir en este formulario?

- Cualquier persona que quiera que tenga acceso a la PHI.
- **Ayuda de interpretación de idiomas:** Personas que le darán ayuda de interpretación de idiomas cuando reciba atención médica en ANHC.
- **Padres o tutores:** Si tiene entre 12 y 17 años, sus padres o tutores solo tendrán acceso a su cuenta MyChart como apoderados si los incluye en este formulario.

¿Cuánto dura el Acuerdo de revelación de PHI?

Este acuerdo de revelación de PHI permanecerá vigente a menos que recibamos un aviso por escrito de su parte. Puede hacer cambios en el acuerdo de revelación de PHI en cualquier momento. Para hacer cambios, pida otra copia de este formulario.

ANHC tiene mi autorización para revelar la información médica personal a las siguientes personas:

Nombre	Relación con usted	Fecha de nacimiento	¿Autoriza a esta persona a tener acceso de representante a su cuenta de MyChart?
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Firma

Firma	Fecha de hoy