

DERECHOS DEL PACIENTE	<p>TrueCare no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios al hecho de que usted firme esta autorización. Es válida una copia de la autorización original. Usted tiene el derecho a recibir una copia de esta autorización completa.</p> <p>REVOCACIÓN: Usted o su representante personal pueden cancelar esta autorización para futuras divulgaciones enviando una solicitud por escrito a TrueCare, 400 S. Melrose Drive, Suite 200, Vista, CA 92081. Su cancelación no afectará la información que se divulgó antes de recibir la solicitud por escrito.</p> <p>DURACIÓN: La autorización permanecerá vigente durante un año a partir de la fecha de la firma a continuación.</p> <p>REDIVULGACIÓN: Una vez que se divulga esta información, es posible que no esté protegida por la ley federal de privacidad (HIPAA). Las leyes estatales o federales pueden requerir que el destinatario obtenga su autorización antes de realizar más divulgaciones.</p>		
FIRMAS REQUERIDAS	Nombre del paciente o representante personal/legal (escribir en letra imprenta):		Relación con el paciente:
	Firma del paciente o representante personal/legal:		Fecha de la firma:
SOLO para uso interno de TrueCare	MRN:	Centro de TrueCare:	Fecha de recepción: Recibido por: