

Senderra Rx Partners, LLC Formulario de Divulgación de Información de Salud Personal (PHI)

Por la presente autorizo a Senderra Rx Partners, LLC a divulgar mi Información de Salud Protegida (PHI) contenida en el Conjunto de Registros Designados mantenido por Senderra Rx Partners, LLC, incluyendo pero no limitado a información altamente confidencial sobre enfermedades transmisibles, VIH, SIDA, tratamiento psiquiátrico, dependencia química o de alcohol, resultados de pruebas de laboratorio, o cualquier otro tratamiento médico. Estoy consciente de que Senderra Rx Partners, LLC puede contactarme para autenticación y verificación utilizando la información de contacto que proporcioné. Entiendo que:

Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, por correo electrónico, fax o correo;

Esta autorización expirará en cinco años a menos que yo revoque la autorización;

Esta autorización es voluntaria y Senderra Rx Partners, LLC nunca condicionará el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad de beneficios a esta autorización; y

Cualquier información mía que sea divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a redivulgación por el destinatario y puede que ya no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad.

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Dirección postal: _____

Prescriptor/Proveedor: _____

Mejor Forma de Contacto: _____ **Teléfono/Celular:** _____

_____ **Correo electrónico:** _____

Criterios de Información Solicitada

Tipo: _____ Registros médicos _____ Registros de facturación _____ Registros de pago
_____ Adjudicación de reclamos _____ Información de inscripción _____ Historial de medicamentos
_____ Otro: _____

La información de salud que puede ser divulgada se limita a las siguientes fechas/eventos de tratamiento:

Nombre del Destinatario: _____

Método de Entrega (por favor incluya el método y la dirección si aplica): _____

Propósito de la Divulgación: _____

Firma del Paciente/Fecha: _____

Nombre/Firma/Fecha del Preparador de Senderra Rx: _____

Descripción de Autoridad si es Representante: _____

Enviar formulario completo a: Senderra Rx Partners, LLC
9330 LBJ Freeway Suite 1300
Dallas, TX, 75243

Enviar formulario por correo electrónico a:
release@senderrarx.com

Enviar formulario por fax a:
972-234-1832

Nota: La información enviada por correo electrónico no está encriptada, por lo que un tercero puede acceder a la información enviada y leerla ya que se transmite por internet. Además, una vez que usted recibe un correo electrónico, alguien puede acceder a su cuenta de correo y leerlo. Si solicita su PHI por correo electrónico, usted reconoce que entiende y acepta los riesgos asociados.