

**AUTORIZACION PARA DIVULGAR MIS REGISTROS MEDICOS AL CENTRO MEDICO Y DE BIENESTAR DE WHOLE FOODS MARKET**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

NSS: \_\_\_\_\_

Fecha de la cita en el Centro Médico y de Bienestar de Whole Foods Market \_\_\_\_\_ (**¡Por favor asegúrese de que sus registros lleguen con una anticipación mínima de 3 días hábiles antes de esta fecha!**)

Por este medio autorizo a \_\_\_\_\_ (Nombre del Proveedor de Servicios para el Cuidado de la Salud)

para que divulgue la siguiente información protegida sobre la salud ("IPS):

\_\_\_ Examen anual – incluyendo los comentarios del médico

\_\_\_ Copias de todos los registros

\_\_\_ Otro (por favor enliste la IPS específica): \_\_\_\_\_

- To: Whole Foods Market Medical and Wellness Center  
Address: 800 Central Ave, Suite 203 Glendale, CA 91204  
Fax Number: (818) 844-2225 Phone Number: (818) 844-2300
- Whole Food Market Medical and Wellness Center  
Address: 851 W 6<sup>th</sup> Street, Austin, TX 78703  
Fax Number: (818) 844-2225 Phone Number: (818) 844-2300

A: \_\_\_\_\_

(En caso de que el paciente o el tutor del paciente deseen divulgar la IPS a otra entidad o persona)  
Esta autorización expirará (marque una opción)

\_\_\_ Cuando se cumpla con esta solicitud O \_\_\_ en la siguiente fecha: \_\_\_\_\_

La información protegida sobre la salud se utilizará o divulgará para los siguientes propósitos: Para facilitar la prestación de los servicios para el cuidado de la salud provistos a los empleados de Whole Foods Market y a los dependientes de los empleados

Comprendo que esta autorización (i) está sujeta al Aviso de Prácticas de Privacidad del Centro Médico y de Bienestar de Whole Foods Market (el "Aviso de Prácticas de Privacidad") y (ii) que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito al Funcionario de Privacidad de WFM a la dirección enlistada en el Aviso de Prácticas de Privacidad. Dicha notificación no aplicará a las acciones que hayan sido tomadas por la persona/entidad solicitante antes de que reciba su solicitud por escrito para revocar la autorización.

También entiendo que, sujeto a las limitaciones generalmente descritas en el Aviso de Prácticas de Privacidad, la información utilizada o divulgada en conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una divulgación posterior por parte del destinatario y con ello quedar sin protección.

Usted puede negarse a firmar esta autorización. Si usted se niega a firmar, esto no afectará su capacidad de recibir tratamientos o servicios para el cuidado de la salud, el pago de dichos tratamientos o servicios ni su inscripción o elegibilidad para cualquier beneficio.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o del Representante del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente o del Representante del Paciente

\_\_\_\_\_  
Descripción de la Autoridad del Representante del Paciente