



AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Yo, _____ residente en _____, ciudad de _____, estado de _____, por medio del presente documento autorizo a:

Enviar por correo a:

**Elixir Pharmacy
7835 Freedom Avenue N.W.
North Canton, OH 44720**

Para revelar información específica de salud por correo o fax o correo electrónico a:

Nombre: _____
(Médico, hospital, clínica, otro proveedor de servicios de salud, plan de salud, tercera entidad, pagador o tercero)

Dirección: _____

Ciudad, estado, Zip: _____

Del expediente de salud o medicamentos recetados de:

Nombre: _____
(Nombre de la persona cuyos datos de salud o de medicamentos recetados se va a revelar)

Dirección: _____

Ciudad, estado, zip: _____

Con el propósito de: _____

Mi autorización se extiende únicamente a los siguientes elementos de datos o documentos rubricados con mis iniciales:

- _____ Estados de cargos o pagos
- _____ Historia de medicamentos dispensados, incluyendo nombres de los medicamentos y cantidad pagada
- _____ Datos de todos los productos farmacéuticos dispensados
- _____ Copias de los datos o reportes suministrados a la entidad o individuo mencionado arriba
- _____ Reportes de consultas
- _____ Todo lo de arriba
- _____ Otro (Tiene que especificar): _____