



AUTORIZACION PARA USAR Y REVELAR INFORMACION MEDICA PROTEGIDA

PRUEBAS Y EVALUACION SOLICITADAS POR EMPLEADORES

Con mi firma abajo, autorizo a Priority One Drug Testing (PODT) a revelar mi informacion protegida de salud de acuerdo a los siguientes terminos y condiciones:

1. PODT puede revelar mi informacion a mi empleador, o posible empleador y/o cualquier otra entidad designada con el proposito de evaluar my habilidad inicial o continuada para empleo, o actividad requerida por mi empleador, o ley impuesta en mi empleador.
2. Nombre del actual o posible empleador/ entidad designada: _____
3. Mi informacion de salud protegida incluire los resultados de pruebas y/o evaluaciones, incluyendo historia medica y diagnosticos relevantes a los examenes o evaluaciones practicadas que mi empleador o posible empleador ha ordenado o require. Esto incluye pero no se limita a examenes de drogas, examenes fisicos, evaluaciones mentales, y otros examenes o evaluaciones solicitadas.
4. Entiendo que mi informacion puede no estar protegida de revelacion adicional por cualquier otra entidad que reciba mi informacion bajo esta autorizacion si no estan sujetas a la ley de portabilidad y responsabilidad de los Seguros de Salud ("HIPPA"), Ley de Privacidad y otras leyes de confidencialidad Estatales o Federales, y que PODT no tiene control sobre revelaciones subsecuentes.

MIS DERECHOS EN CONEXION CON ESTA AUTORIZACION

- Esta autorizacion caducara en, o en la mas tardia de los siguientes: (a) un (1) ano despues de mi firma; (b) la fecha en que mi caso sea cerrado y PODT haya recibido pago complete y final por servicios prestados o (c) ya no trabaje para este empleador.
- Puedo revisar y obtener una copia de la informacion medica que sera usada o revelada en base a esta autorizacion. Un cargo por procesamiento o copiado puede aplicar dentro de lo permitido por ley.
- Mi tratamiento no puede estar condicionado a mi firma de esta autorizacion a menos que mis visitas a PODT sean con el inico proposito de que mi empleador, posible empleador o su entidad designada reciban mi informacion de salud.
- Puedo revocar esta autorizacion en cualquier momento, siempre que lo haga por escrito y la introduzca en la clinica en donde haya recibido los servicios medicos. Mi revocacion entrara en vigencia al introducirla, pero no aplicara a revelaciones de informacion ya hechas basadas en esta autorizacion. La revocacion de esta autorizacion puede traer consecuencias en relacion a mi empleo posible empleo. Contacte a su empleador para los detalles.
- Tengo el derecho de no firmar esta autorizacion y/o limitar la informacion que yo qutorizo a revelar. Sin embargo, rehusar a la firma de esta autorizacion o no permitir la revelacion de esta informacion que mi empleador require puede violar mi condicion de empleo o posible empleo. Contacte a su empleador para los detalles.
- Tengo derecho a una copia de esta autorizacion.

Firma del Paciente: _____ **Date:** _____

Nombre del Paciente: _____ **Date:** _____