



Autorización para que Eagle Pharmacy comparta con otra persona la información protegida de salud (PHI) del participante

Por la presente autorización se permite que Eagle Pharmacy brinde acceso a la cuenta del participante a la persona cuyo nombre se indica a continuación. Esta persona podrá acceder a toda la información protegida de salud (*Protected Health Information, PHI*) del participante y contará con plena libertad para actuar en nombre del participante con el fin de, pedir medicamentos recetados, resurtidos, etc.

- La persona que usted autorice para acceder a su cuenta podrá examinar todos sus expedientes. La información protegida de salud que se podrá divulgar en virtud de esta autorización incluye la información de inscripción o de registro, los expedientes y el estado de sus reclamaciones, la información de administración del paciente y la información sobre diagnósticos y tratamiento, incluida la información relativa a enfermedades crónicas, condiciones de salud conductual, abuso de alcohol o estupefacientes, enfermedades contagiosas, como el VIH/SIDA, y sobre marcadores genéticos.
- Puede revocar esta autorización en cualquier momento avisándonos por escrito a la dirección indicada a continuación. La cancelación entrará en vigor el día que recibamos su notificación escrita.
- Usted tiene derecho a examinar o copiar la información protegida sobre su salud antes descrita.
- Envíe la autorización debidamente rellena y firmada a la dirección indicada a continuación.

Por lo presente autorizo a Eagle Pharmacy y a todas sus compañías matrices, subsidiarias y afiliadas, así como a sus respectivos empleados, a divulgar la información protegida de salud (PHI) del participante/asegurado que se indica a continuación a las personas cuyo nombre aparece en la sección 2.

1. Información sobre el participante

Apellido(s)	Nombre	Inicial 2o nombre
Teléfono del participante		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)
Dirección	Ciudad, Estado	Código postal

2. Persona autorizada

Apellido(s)	Nombre	Inicial 2o nombre
Teléfono de contacto durante el día		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)
Dirección	Ciudad, Estado	Código postal

3. Firma del participante

Firma del participante	Fecha
Nombre en letra de molde	

Envíe el formulario por correo a:

Eagle Pharmacy
PO Box 90937
Lakeland, FL 33804
877-283-9171

O envíelo por fax al: