



**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR E INTERCAMBIAR
INFORMACIÓN DE SALUD COMO PARTE DE UNA
MEDIACIÓN CONFIDENCIAL O CONCILIACIÓN**

Referente A Mi Cuenta Con: _____

Número De Expediente De LCCR: _____

Su Número De Cuenta/Referencia Es: _____

Yo, _____, autorizo _____ y a cualquier persona, doctor, proveedor de salud, oficina, proveedor de seguro, hospital y/o agencias de colección de deudas (colectivamente llamados los proveedores) para que entreguen y revelen (de manera oral y/o por escrito) cualquier o toda información a Centro para Resolver Conflictos de Loyola (LCCR) acerca de mi(s) cuenta(s), y a proveer copias de cualquier y todo historial de cuentas que se refieran a mi cuenta, estado de cuentas, factura, y/o reclamo acerca de servicios recibidos por _____ para el mes(es)/año(s) de _____ con el propósito de resolver un conflicto a través de una mediación y/o una conciliación confidencial.

Yo, _____, autorizo a Centro para Resolver Conflictos de Loyola (LCCR) para que entregue mi historial de escritos y/o para que revelen de manera oral o por escrito cualquier y/o toda información médica que yo haya entregado a LCCR, y que no sea indicado como confidencial, de manera oral y/o por escrito con _____ acerca de mi cuenta, estado de cuentas, factura, y/o reclamo acerca de los servicios que recibí del _____ para el mes(es)/año(s) de _____ con el propósito de resolver un conflicto a través de una mediación y/o una conciliación confidencial.

Yo autorizo a cualquier y/o a todos los proveedores antemencionados y a LCCR a compartir esta información como parte de una mediación confidencial y/o una conversación de una conciliación y no revelar esta información con alguien que no sea parte de la mediación y/o conciliación confidencial sin el permiso explícito por escrito de Usted.

Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Yo estoy de acuerdo en que fotocopias y/o faxes de esta autorización tengan validez como una original. También entiendo que esta autorización será válida por un año completo desde la fecha en que se firmó.

Fecha: _____

Por favor escriba su nombre : _____

Manejador del caso: _____

Firma: _____