



Phone: 903-258-9586

Fax: 903-258-9621

Email: ghinnovations@outlook.com

844 S. Fleishel Ave

Tyler, TX 75701

**HIPAA PROTECTED HEALTH INFORMATION—ACCESS FORM**

I understand that state and federal laws Generational Health Innovations to share information about me, including information regarding the health care services I received (my Protected Health Information), with my family and friends who are involved in my care or the payment of my health care services. I further understand that I have: (i) the right to grant certain persons access to my Protected Health Information; and (ii) the opportunity to restrict access to my Protected Health Information from certain individuals who might otherwise have access. I understand that granting access **DOES NOT** give the person access to copies of my medical records.

**ACCESS:** I would like for the following person(s) to have access to my Protected Health Information.

**NAME(S) (PLEASE PRINT)**

**DOB**

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

I understand that I may change or revoke this form at any time by contacting Generational Health Innovations. I understand that such changes or revocation will not be effective for disclosures that have already been made or access which has already occurred based on this form.

You may leave confidential clinical information on my answering machine/voice mail

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient/Responsible Party

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Witness Signature



Phone: 903-258-9586

Fax: 903-258-9621

Email: ghinnovations@outlook.com

844 S. Fleishel Ave

Tyler, TX 75701

**INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA DE LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE SEGURO MÉDICO (HIPAA, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS), FORMULARIO DE ACCESO**

Entiendo que las leyes estatales y federales le permiten a los hospitales y clínicas Trinity Mother Frances compartir información sobre mí, incluyendo información relacionada con los servicios de atención médica que recibí (mi información médica protegida), con mi familia y amigos que están involucrados en mi cuidado o en el pago de mis servicios de atención médica. También entiendo que tengo: (i) el derecho de otorgar a ciertas personas el acceso a mi información médica protegida; y (ii) la posibilidad de restringir el acceso a mi información médica protegida de ciertas personas que de otro modo podrían tener acceso. Yo entiendo que el otorgar acceso **NO** le permite a la persona obtener copias de mis registros médicos.

**ACCESO:** Me gustaría que las personas a continuación tengan acceso a mi información médica protegida.

**NOMBRES (ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)**

**FECHA DE  
NACIMIENTO**

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Entiendo que puedo cambiar o revocar este formulario en cualquier momento al comunicarme al Generational Health Innovations. Entiendo que tales cambios o revocación no serán efectivos para las divulgaciones que ya se hayan realizado o acceso que ya se haya obtenido con base a este formulario.

Puede dejar la información médica confidencial en mi máquina contestadora/correo de voz

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/parte responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo