



**JONESBORO CHURCH
HEALTH CENTER**

Form Update: March 2026

500 Kitchen
Jonesboro AR 72401
870-972-4777

www.jonesborochurchhealth.org

DOCUMENTO HIPAA DEL PACIENTE

Paciente: _____

Expediente #: _____

Reconozco el Aviso de Prácticas de Privacidad del Jonesboro Church Health Center y puedo obtener una copia de este aviso si así lo deseo.

Patient Signature: _____ Date: _____

Patient Representative Name: _____

Patient Rep Signature: _____ Date: _____

Autorización para Divulgar Información

Por favor, ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE a continuación los nombres de cualquier familiar, amigo, etc., a quienes usted autoriza que les proporcionemos información sobre su historial médico. Estos nombres se agregarán como contactos en su expediente y en nuestro sistema informático, y si alguien llama solicitando información, se consultará esta lista antes de divulgarla. No se divulgará información a ninguna persona que no esté incluida en la lista a continuación.

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firema del Testigo: _____ Fecha: _____