

Gastroenterology Associates  
**CONSENT TO DISCLOSE MEDICAL INFORMATION**  
(Spanish)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Es la póliza de Gastroenterology Associates of S.W. Florida que llamemos al número dado por usted en las formas de registración.

**Nota: Por nuestra política financiera, siempre nos dejan un mensaje detallado en su contestador automático / correo de voz o con cualquier persona que contesta el teléfono cuando se comuniquen con usted en relación con una cita y / o arreglos financieros y / o al volver a su llamada para preguntas / resultados. Puede haber momentos en los que podemos tener para comunicar y divulgar la PHI con otras personas que no figuran en este formulario si el paciente no son capaces o no está presente para hablar con.**

Porfavor de esojer opcion A o B Porfavor solamente firme una opcion!

**OPCION A:**

Porfavor de indicar (miembros de familia o amistades) Gastroenterology Associates of S.W. Florida que pueda dar su informacion medica potejada a. (Este consentimiento no autoriza ningun pedido de historia médica a ningun doctor.)

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RELACION: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RELACION: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RELACION: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

Yo autorizo cualquier empleado de Gastroenterology Associates of S.W. Florida a repasar y dar mi informacion protegida a las personas mencionados con mi consentimiento. Yo entiendo que puedo revocar o cambiar a cualquier momento mi consentimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Guardian o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha de hoy

\_\_\_\_\_  
Escriba nombre del Guardian o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Relacion

**OR**

**OPCION B:**

Al firmar esta forma solamente elijo a que me den informacion médica solamente a mí y a nadie más. Yo entiendo que tender que llamar y contactar a Gastroenterology Associates of S.W. Florida yo mismo para cualquier correspondencia necesaria. Yo comprendo que puedo quitar y remover este consentimiento en cualquier momento al completar una nueva forma.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Guardian o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha de hoy

\_\_\_\_\_  
Escriba nombre del Guardian o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Relacion

Asociados de Gastroenterología S. W. Florida, PA cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo. Spanish: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-954-735-6000 ext 4113. Haitian Creole: ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-954-735-6000 ext 4113.

Internal use only: document the above information in Privacy-Consent notes Account # \_\_\_\_\_