

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 esoger 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.

Internal use only: document the above information in Privacy-Consent notes

Account # : _____