

Board Certified in Gastroenterology

SOLICITAR: REGISTROS MÉDICOS PARA

Al firmar esta autorización, yo autorizo *Gastroenterología Asociados* o *Barkley Surgicenter* de utilizar y / o divulgar cierta información de salud protegida (PHI) de mí a la parte o partes que se citan a continuación.

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Atención: _____

(Nota: Si está solicitando tener PHI enviado por fax a una línea de fax del trabajo a domicilio o, esto no es seguro, ya que puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del beneficiario a una entidad no cubierta y ya no puede ser protegido por la ley HIPAA Regla Federal de Privacidad. Recomendamos el PHI se enviará por correo o recogerlo personalmente en nuestra oficina)

La siguiente información de salud individualmente identificable

(Específicamente describe la información que se publicara, como la fecha(s) de servicio, nivel de detalle para ser lanzado, el origen de la información, etc)

Todos los registros: De _____ A _____

Solicitud Específica

Resumen del Alta del Hospital

Informes Operativos

Registros de Emergencia

Informes de Patología

Dictado Consultas

Informes de Radiología

Órdenes Médicas

Informes de Laboratorio

Notas de Progreso

Informes EKG

Otros _____

Autorizo a la siguiente (PHI) de información para ser lanzado: Por favor, ponga sus iniciales en la línea siguiente a continuación:

_____ (Iniciales del paciente) con Hepatitis C, Archivos de VIH / SIDA, Psiquiátricos / Psicológicos información / registros, Tratamiento de Drogas / Alcohol

La información será utilizada o revelada para los siguientes fines:

Esta autorización para divulgar registros expirará el _____. Si una fecha de vencimiento no se escribe el plazo vencerá un año desde la fecha de su firma abajo. El objetivo (s) es / son siempre de modo que pueda tomar una decisión informada si se debe permitir la liberación de la información. Yo no tengo que firmar esta autorización para recibir tratamiento de Gastroenterología Asociados o Barkley Surgicenter. De hecho, tengo el derecho de negarse a firmar esta autorización. También tengo el derecho a inspeccionar o copiar la información pueda ser utilizada o revelada. Cuando es usada o divulgada conforme a esta autorización mi información, que puede estar sujeta a nueva divulgación por el destinatario a una entidad no cubierta y ya no pueden ser protegidos por la ley HIPAA Regla Federal de Privacidad. Esta autorización vencerá un año después partir de la fecha de su firma; Sin embargo, tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito, excepto en la medida en que Gastroenterología Asociados o Barkley Surgicenter ha actuado basándose en esta autorización. Mi revocación escrita debe ser sometida a la Seguridad y el Director de Privacidad en 4790 Barkley Circle, Edificio A, Ft. Myers, FL. 33907.

Firmado por: _____

Firma del Paciente o Tutor Legal

Fecha de Nacimiento y Número de Cuenta

Nombre del Paciente (Imprimir)

Número de Seguro Social (últimos cuatro)

Testigo

Fecha

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.