

## LA AUTORIZACION PARA SOLTAR INFORMACION

Yo (**nombre del paciente:**) \_\_\_\_\_, autorizo a Personal Physicians de utilizar mi información de atención médica y puede revelar esta información a mi seguro médico (s) con el fin de obtener el pago por los servicios y la determinación de los beneficios del seguro por pagar relacionadas con el servicio. Autorizo a Personal Physicians para liberar cualquier información adquirida en el curso de mi examen o tratamiento.

Entiendo que el médico se ha reservado el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad descritas en el Aviso. También entiendo que una copia de cualquier aviso modificado será proporcionada a mí o puesto a disposición a través del correo o en persona.

Y bajo este consentimiento es válido hasta que sea revocada por mí. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, mediante notificación **por escrito** de mi deseo de hacerlo, a la oficina del médico. También entiendo que no seré de revocar este consentimiento en los casos en que el médico ya ha confiado en él para usar o divulgar mi información de salud. Revocación del consentimiento por escrito debe ser enviada a la oficina del médico.

### Le permito contactarme en la manera siguiente, verificar todo que aplica:

#### La casa:

- es permitido dejar algún recado con información detallada
- es permitido dejar un número para regresar la llamada para que el paciente se ponga en contacto

#### El celular:

- es permitido dejar algún recado con información detallada
- es permitido dejar un número para regresar la llamada para que el paciente se ponga en contacto

#### El trabajo:

- es permitido dejar algún recado con información detallada
- es permitido dejar un número para regresar la llamada para que el paciente se ponga en contacto

### **Autorizo que Personal Physicians de información a** (Verifique por favor todo que aplique):

**Cónyuge:** La lista completa nombre de cónyuge \_\_\_\_\_

**Hijos/as:** La lista completa nombres de niños & número de teléfono \_\_\_\_\_

**Otros:** La lista completa nombre/s y número/s de teléfono de persona/sdesignadas: \_\_\_\_\_

**Nadie:**

\_\_\_\_\_  
**El nombre de Paciente (Guardián Legal si es Menor de 18.)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**La firma del Paciente (Guardián Legal si es Menor de 18.)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**