

Autorización del Paciente para Obtener Información Médica

Este formulario permite a Bariatric Institute, APC, obtener registros médicos en su nombre.

Bariatric Institute, APC
Departamento de Registros Médicos
790 E. Willow Street, Suite 100
Long Beach, CA 90806
Teléfono: 888-927-3220
Fax: 949-276-9631
Correo electrónico: Info@BariatricInstitute.com

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Últimos cuatro dígitos del SSN: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Por la presente autorizo que mis registros médicos, incluyendo, pero no limitándose a, cualquier y todos los registros médicos que contengan información de salud protegida (“PHI”) como se indica a continuación, sean entregados al Bariatric Institute, APC, sus afiliados, personal médico, empleados, abogados y/o sus representantes designados de lo siguiente:

Seleccione el método de entrega: Correo postal Fax Correo electrónico

Nombre del hospital/centro de imágenes: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Todos los registros médicos (informes, imágenes, notas) Disco de todas las imágenes

ítem específico (por favor, especifique): _____

Por favor, envíe por fax o correo electrónico la información de salud protegida solicitada anteriormente al Departamento de Registros Médicos de Bariatric Institute, APC, a la dirección de fax o correo electrónico indicada arriba.

La información anterior puede ser utilizada y/o divulgada a mi solicitud.

Esta Autorización del Paciente para Obtener Información Médica (“Autorización”) es válida por un (1) año a partir de la fecha de firma indicada a continuación, a menos que el paciente, tutor legal, apoderado o representante de atención médica solicite por escrito la revocación o modificación, acompañada de la documentación correspondiente. Entiendo que tengo el derecho de revocar o modificar esta Autorización en cualquier momento, por cualquier motivo o sin motivo alguno. También entiendo y acepto que si revoco o modifico esta Autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi solicitud escrita a Bariatric Institute, APC. Además, reconozco que es mi responsabilidad confirmar la recepción por parte de Bariatric Institute, APC, de dicha revocación o modificación; dicha confirmación debe realizarse mediante correo certificado. Entiendo y acepto que la revocación o modificación de esta Autorización no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta Autorización. Entiendo y acepto que una vez que la información de salud protegida u otra información sea divulgada, esta puede ser redistribuida por el receptor, y la información puede no estar protegida bajo las leyes o regulaciones federales de privacidad.

Entiendo que Bariatric Institute, APC no condicionará el tratamiento ni el pago basándose en la aceptación o revocación de esta Autorización, salvo que la ley disponga lo contrario. Una copia de esta Autorización puede ser utilizada con la misma validez que el original. Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización.

Firma: _____ Fecha: _____
Paciente/Tutor/Apoderado/Representante de Atención Médica

Nombre del paciente: _____ Relación con el paciente: _____