

Autorización del Paciente Para Divulgar Información Médica

Este formulario permite a Bariatric Institute, APC, divulgar sus registros médicos.

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 a Bariatric Institute, APC, sus afiliados, personal médico, empleados, abogados y/o sus representantes designados a divulgar mi información médica protegida, incluyendo, pero no limitándose a, todos y cada uno de los registros médicos que contengan información de salud protegida ("PHI", por sus siglas en inglés), por el método indicado a continuación y a la siguiente persona o entidad:

Seleccione el método de entrega: ____ Correo postal ____ Fax ____ Correo electrónico

Registros Médicos Solicitados:

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

____ ítem específico (por favor, especifique): _____

Nombre del Paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono #: _____ Fax #: _____ Correo electrónico: _____

La información anterior puede ser utilizada y/o divulgada a petición mía.

Esta Autorización del Paciente para Divulgar Información Médica (“Autorización”) tendrá vigencia por un (1) año a partir de la fecha de firma que aparece a continuación, a menos que se solicite por escrito la revocación o modificación de esta Autorización por parte del paciente, tutor legal, apoderado o representante de atención médica, acompañada de la documentación correspondiente. Entiendo completamente 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 deseo revocar o modificar esta Autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi solicitud por escrito a Bariatric Institute, APC.

Además, reconozco y acepto que es mi responsabilidad confirmar la recepción, por parte de Bariatric Institute, APC, de dicha revocación o modificación de esta Autorización; dicha confirmación debe realizarse mediante correo certificado. Entiendo y acepto plenamente que la revocación o modificación de esta Autorización no se aplicará a la información divulgada previamente en respuesta a esta Autorización. Comprendo y acepto que, una vez divulgados los registros médicos, la información de salud protegida o cualquier otra información, estos pueden ser divulgados nuevamente por el destinatario y es posible que dicha información no esté protegida por leyes o reglamentos federales de privacidad.

Entiendo que Bariatric Institute, APC no condicionará el tratamiento o el pago con base en esta Autorización o su revocación, salvo que la ley lo permita. Una copia de esta Autorización podrá 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: _____