



125 Halton Road, Suite 200 Greenville,  
SC 29607 Teléfono: (864) 232-7338  
Fax: (864) 451-5180

Matthew R. Barnes, MD  
Stephen P. Brackbill, MD  
Glen G. Daves, MD  
Christopher J. Fyock, MD  
D. Isaac Gaines, MD  
Jared T. Geist, MD  
David Q. Gulley, MD  
Gregory S. Holt, MD  
J. Williams Holt III, MD  
P. Allen Jones, MD  
Suzy L. Kim, MD  
Joseph S. LeBel, MD  
Paul A. Mazanec, MD  
Ayub A. Merchant, MD

Peter A. Naas, MD  
David T. Palma, MD  
Michael I. Rickoff, MD  
Ritu F. Saha, MD  
Madhusudhan Sunkavalli, MD  
Hiren I. Vallabh, MD  
C. Stephen Yarborough, MD  
James D. Gould, MD (1939-1986)  
Michael L. Crowley, MD (emérito)  
Richard C. Greer, MD (emérito)  
F. Kay Huntington, MD (1930-2020)  
Ahmad Idris, MD (reubicado)  
Michael W. Kelly, MD (emérito)  
Judith A. Spivey, MD (Emérita)  
Richard E. Zander, MD (emérito)

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR / OBTENER INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

Nombre del paciente  
(Primero, Segundo, Apellido): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Numero Social #: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ por lo presente autorizo y le solicito a Gastroenterology Associates a que divulguen o obtengan los registros médicos relacionados con mi enfermedad y / o tratamiento mientras estuve bajo el cuidado de la persona / instalación que se indica a continuación.

**Marque uno:**  Publicar mis registros de GA a:  Autorizo a GA a obtener mis registros de:

Nombre del proveedor o instalación: \_\_\_\_\_

*\* Complete la dirección, el número de teléfono y el número de fax del proveedor / centro*

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

### Cuando entregue registros a Gastroenterology Associates, envíelos a:

Asociados de gastroenterología, PA 125 Halton Road, Suite 200 Greenville, SC 29607 Fax (864) 451-5180

### Información que se divulgará: (¿Qué quieres que se envíe o se libere?)

- Notas de oficina  Procedimiento / Patología  Resultados de laboratorio  Rayos X  Historial médico completo  
 Registros financieros  Otro: \_\_\_\_\_

**Detalles / rango de fechas de la información:** \_\_\_\_\_

### Propósito de la información:

- Solicitud del paciente  Transferencia de cuidado La transferencia de atención solo se usa para pacientes que ya no recibirán servicios de Gastroenterology Associates o que están transfiriendo atención a Gastroenterology Associates.  
 Cuidado continuo

- **Entiendo** que mis registros médicos pueden incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). también puede incluir información sobre un servicio de comportamiento o salud mental, discapacidades del desarrollo o tratamiento por abuso de alcohol y / o drogas.
- **Entiendo** que la información divulgada de conformidad con esta Autorización puede ser divulgada nuevamente por el destinatario y puede que ya no esté protegida por la ley federal o estatal.
- **Entiendo** que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afecta de ninguna manera mi capacidad para recibir tratamiento.
- **Entiendo** Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.
- **Entiendo** Puedo inspeccionar o copiar la información médica protegida que se divulgará en este documento.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Padre / tutor legal / persona autorizada: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**ESTA AUTORIZACIÓN CADUCA NOVENTA DÍAS DESPUÉS DE SU FIRMA.**

### Solo para uso de oficina:

Fecha de liberación por correo / fax al paciente / centro:		Enviado / Completado por:	
Fecha de liberación / registros recibidos por la oficina:		Liberación / Registros entregados a:	
Fecha de envío de los registros por correo / fax al paciente:		Completo y enviado por:	