

Autorización de liberación de información de salud



Este formulario permite a Gastroenterology Associates comunicar información acerca de su caso médico a usted y a las personas que usted indique en este formulario. La firma es opcional, no es requerida para recibir tratamiento y no caduca hasta que usted lo termine por escrito.

COMUNICACIÓN CON USTED – MENSAJES DETALLADOS PERMITIDOS

Los mensajes detallados pueden incluir la siguiente información: (seleccione todas las que apliquen)

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Toda la información de su consulta | <input type="checkbox"/> Información de facturación/de seguro | <input type="checkbox"/> Solo información de citas (solicitud/confirmación/cancelación) | <input type="checkbox"/> Notificaciones de infracciones de datos |
|---|---|---|--|

de teléfono: _____ Mensajes de texto* Buzón de voz/contestador automático

Otro #: _____ Mensajes de texto* Buzón de voz/contestador automático

CORREO ELECTRÓNICO* _____

*Entiendo que los correos electrónicos y los mensajes de texto no siempre son medios de comunicación seguros y que podrían ser interceptados y leídos por un tercero. Estoy dispuesto a aceptar el riesgo. Este consultorio no es responsable por la privacidad o la seguridad de su información de salud una vez que se le envía, o de los destinatarios mencionados anteriormente.

COMUNICACIÓN CON SU FAMILIA, AMIGOS O CUIDADORES

Este consultorio puede comunicarse con los miembros de su familia, amigos o cuidadores mencionados anteriormente.

Nombre: _____ Nombre: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico*: _____ Correo electrónico*: _____

Relación: _____ Relación: _____

Compruebe la casilla junto a cada tipo de información que el consultorio puede compartir con las personas que se mencionan arriba.

- Toda la información Citas Facturación/seguro Otra

DERECHOS DEL PACIENTE Y FIRMA

- Puede finalizar esta autorización por escrito en cualquier momento. Consulte nuestro Aviso de prácticas de privacidad para conocer la excepciones. La terminación no será válida para cualquier liberación de información que ocurra antes de recibir la terminación por escrito de su parte.
- Este consultorio puso a mi disposición el Aviso de Prácticas de Privacidad para mi revisión y entiendo mis derechos de privacidad.
- Todos los cambios o las actualizaciones a este formulario debe realizarse por escrito y deben ser firmados por usted (paciente) o su representante personal. Los cambios menores pueden realizarse en este formulario con sus iniciales y la fecha en lugar de solicitar un nuevo formulario.
- Este consultorio no es responsable por la privacidad o la seguridad de su información de salud una vez que se le envía a los destinatarios mencionados en esta autorización.

X

Firma del paciente/representante autorizado

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Fecha de nacimiento del paciente

(Adjunte la documentación que respalde la autoridad del representante personal si no está ya archivada en el consultorio)