

Autorización Para Divulgación de Registros Médicos

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (en letra de molde):

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Social: _____ # Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Reenviar a Gestión de información sanitaria (registros médicos) para:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Fax: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Forward to Health Information Management (Medical Records) for:

Informe Operativo

Informe de Patología

Historial y Físico

Informe de Laboratorio

Informe de Imágenes

Otro: _____

ESTA INFORMACIÓN PUEDE SER RECIBIDA POR:

Gastro MD

5016 W. Cypress Street, Suite 200

Tampa, FL 33607

Office: (813) 542-2589 | Fax: 813-392-1980

Entiendo que la información en mi expediente médico puede incluir información psiquiátrica, de abuso de alcohol o drogas / pruebas que pueden estar protegidas por las regulaciones federales y estatales. También entiendo que mi historial médico puede incluir información relacionada con el SIDA, el VIH y / o enfermedades de transmisión sexual, y toda otra información confidencial.

CON MI FIRMA, AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS A GASTRO MD

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

Representante Autorizado: _____ Fecha: _____ (Si es aplicable)