



ASHEVILLE GASTROENTEROLOGY ASSOCIATES
 (Una división de Digestive Health Partners)
 191 Biltmore Avenue, Asheville, NC 28801
 Teléfono: 828-254-0881 Fax: 828-258-1614

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR/OBTENER INFORMACIÓN

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

Dirección del paciente: _____ Últimos 4 números del Seguro Social (SSN): _____

Ciudad/estado/código postal: _____ Teléfono de contacto durante el día: _____

Por la presente, autorizo y doy mi consentimiento para lo siguiente:

ASHEVILLE GASTROENTEROLOGY ASSOCIATES (una división de Digestive Health Partners)
 191 Biltmore Avenue, Asheville, NC 28801
 Teléfono: (828)-254-0881 (Fax) 828-258-1614

PARA USO DEL CONSULTORIO:

divulgar **obtener**

Mis expedientes médicos a/de:

Nombre del proveedor o la organización: _____

Dirección: _____

Ciudad/estado/código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Información que se divulgará (describa específicamente la información que se divulgará):

- Resultados de análisis de laboratorio Consultas con médicos (MD) o asociados médicos (PA)
- Procedimientos Patología Seguimiento Otro: _____

Nota: Al firmar esta autorización, usted reconoce que se extiende a la totalidad o a una parte de los expedientes designados arriba, que pueden incluir información psiquiátrica, resultados de pruebas de VIH, datos sobre abuso de alcohol/drogas, etc., a menos que usted los excluya específicamente.

Entiendo que esta autorización vencerá el (*indique la fecha o especifique "sin vencimiento"*): sin vencimiento

Firma del paciente

Fecha

Padre/madre/tutor legal/persona autorizada

Fecha

Nota para el paciente: El paciente o su representante podrán inspeccionar y/o copiar la información de salud que se usará o revelará de acuerdo con las políticas del consultorio. Puede negarse a firmar esta autorización o revocarla por escrito en una fecha posterior si la información aún no se ha revelado. No condicionaremos el tratamiento o el pago al hecho de que usted proporcione esta autorización, excepto en las circunstancias específicas permitidas según la Norma de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, en inglés). No podemos garantizar protecciones contra la posibilidad de que la información revelada en virtud de esta autorización pueda ser objeto de una nueva divulgación y deje de estar protegida por la ley.