

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Aviso:

- Ley Federal dice que consultores de enfermedades digestivas (DDC) no puede compartir su información médica sin su permiso, excepto en ciertas situaciones. Si usted firma este formulario, le está dando permiso de DDC para compartir su información de salud que DDC tiene con la persona / entidad indica más abajo.
- Esta autorización es voluntaria.
- Derecho de revocar: Si decides que no quieres DDC para compartir su información de salud más, por favor firme al final de este formulario y dar este formulario DDC.
- DDC no puede prometer que la persona / entidad permite a compartir su información médica con DDC no compartirá su información médica con otra persona no querrá tener su información de salud.
- Usted puede guardar una copia de esta autorización y puede comunicarse con DDC para obtener una copia si no tienes uno.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Yo doy permiso para: **Digestive Disease Consultants** para compartir mi información de salud con

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Para que esta persona o entidad puede ayudarme con mis problemas de salud.

Quiero DDC para compartir esta información de salud: **(marque todas las que apliquen)**

- Toda mi información de salud
- Información con respecto al tratamiento de alcohol y/o sustancia
- Otro abuso: _____

Este formulario debe ser firmado por ambos el paciente o por el representante personal.

Firma: _____ Fecha: _____

¿Podemos dejar mensajes con respecto a los resultados de las pruebas y las citas en su máquina contestadora? Sí No

¿En su correo electrónico? sí No. Si sí, dirección de correo electrónico: _____

¿Quieres que enviemos un mensaje de texto si hay un retraso anticipado en su hora de la cita? Sí No
en caso afirmativo, celular número: (_____)_____-_____.

REVOCACIÓN DE LA AUTORIZACION

Ya no quiero compartir mi información de salud con la persona/entidad DDC indicadas a continuación.

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____