

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

Autorizo a Pulmonary and Sleep of Tampa Bay y su grupo de médicos Dragos G. Zanchi, M.D., Rafael A. Martinez, M.D, ("La Oficina") obtener todos los registros médicos sobre mi cuidado de cualquier médico, hospital o profesión de salud que me ha proporcionado atención médica en el pasado. También autorizo a la práctica liberar todos expedientes médicos con respecto a mi cuidado a cualquier médico, hospital u otro profesional que me a dado atención en cualquier momento. Además, autorizo a la práctica liberar todos mis expedientes médicos con respecto a mi cuidado a Medicare, Medicaid, compañía de seguros, administrador de terceros o compañía de atención médica administrada.

Firma del Paciente

Dia de hoy

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA A INDIVIDUALES O MIEMBROS DE LA FAMILIA

Según la norma de privacidad del Gobierno Federal implementado a través de Health Care Portability and Accountability de 1996 (HIPAA), para su médico o el personal de la práctica discutir/hablar de su condición medica con miembros de su familia u otras personas que usted designe, nosotros debemos obtener su autorización antes de hacerlo en caso de un episodio crítico o si usted es incapaz de dar su autorización debido a la severidad de su condición médica, la ley estipula que estas reglas se aplicarán.

- No autorizo a la oficina liberar ninguna información sobre mi atención médica a ninguna persona excepto como se establece anteriormente.
- Yo autorizo a la oficina liberar cualquier información sobre mi atención médica a las siguientes personas:

Nombre/ Relación al Paciente: _____

Firma del Paciente: _____

Fecha:_____ Testigo:_____ Fecha:_____