AUTORIZACION Y CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR REGISTROS MEDICOS

Nombre del Paciente:_____Fecha de Nacimiento:_____

Autorizo especificamente la divulgacion de la siguiente informacion:

_____

Por motivo de:_____

Enviar registros desde:
SW Florida Women's Group
1890 SW Health Parkway. #303
Naples, FL 34109

A:
_____
_____
_____

Por la presente autorizo la divulgación de la información anterior, incluido el historial o tratamiento psiquiátrico, de dependencia del alcohol o las drogas, y los resultados de las pruebas de anticuerpos del VIH / SIDA, hacia y / o desde Southwest Florida Women's Group y por la presente libero a lo anterior de toda responsabilidad legal que pueda surgir de la divulgación de la información solicitada. Si, a juicio del personal médico, la divulgación de cierta información será dañina si se divulga al paciente, dicha información puede retenerse de acuerdo con las regulaciones estatales y federales específicas.

Este consentimiento también servirá como autorización para divulgar información a cualquier persona, corporación o agencia que sea o pueda ser responsable de la totalidad o parte de los cargos del médico o de quien pueda ser responsable de determinar la necesidad, idoneidad, cantidad u otro asunto relacionado con los cargos por tratamiento, incluidos, entre otros, las compañías de seguros y / o revisores externos. Además, autorizo la divulgación de información a la compañía de seguros del programa cuando así lo solicite la compañía.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento para divulgar información por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en base al mismo. En cualquier caso, una vez cumplido el propósito antes indicado, este consentimiento caducará automáticamente un año después de la fecha de la firma. Además, entiendo que Southwest Florida Women's Group se reserva el derecho de notificar a la persona, corporación o agencia antes mencionada de mi revocación en caso de que revoque este consentimiento para divulgar información.

Firma del Paciente:_____ Fecha:_____

Padre/Madre o Tutor(a):_____ Fecha:_____

Testigo:_____ Fecha:_____

POR FAVOR ENVÍE POR CORREO O FAX A SOUTHWEST FLORIDA WOMEN'S GROUP

FAX# 239-593-0812

REV. 8/25/2020