

MONTES MEDICAL GROUP, INC.

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y/O REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA DEL MIEMBRO/PACIENTE.

Cuenta: _____

Apellido, Nombre: _____

IMPRINT AREA

Yo entiendo que Montes Medical Group, Inc. no condicionará el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios por aceptar o negarme a proporcionar esta autorización.

Por la presente autorizo a:

Montes Medical Group, Inc.

Nombre de quien proporcionará la información

Domicilio

Ciudad Estado CP

Expedientes e información pertenecientes a:

Nombre del Miembro/Paciente (Otros nombres que haya utilizado)

Domicilio Ciudad Estado CP

Nombre de quien proporcionará la información

DURACIÓN: Esta autorización se hará efectiva inmediatamente y se mantendrá en vigor durante un año a partir del día en que se firme, a menos que se especifique una fecha diferente aquí _____ (fecha)

REVOCACIÓN: Esta autorización también está sujeta a cambio por escrito en cualquier momento por parte del Miembro/Paciente. La revocación tomará efecto en cuanto se reciba, salvo que la parte que revela la información u otros hayan actuado confiando en esta autorización.

USO DE INFORMACIÓN: Entiendo que legalmente el destinatario no puede seguir usando o revelando la información médica, a menos que otra autorización sea obtenida por medio de mi persona o que el uso de la información sea requerida y permitida específicamente bajo la ley.

ESPECIFIQUE QUE EXPEDIENTES: Marque el cuadro e indique con sus iniciales y/o firma específicamente que tipo de información deberá ser revelada.

- INFORMACIÓN MÉDICA** _____ (Iniciales)
- INFORMACIÓN PSIQUIÁTRICA**
- INFORMACIÓN DROGA/ALCOHOL**
- RESULTADOS DE PRUEBA DEL VIH**
- REGISTROS GENÉTICOS**
- OTRA INFORMACIÓN MÉDICA**

Firma Fecha

Firma Fecha

Firma Fecha

Firma Fecha

_____ (Iniciales) (Especifique a continuación)

Especifique los expedientes que desea dar a conocer: _____

El destinatario podrá:

Una copia de esta autorización tiene la validez del original.

El Miembro/Paciente tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.

Fecha

Firma

Si firma otra persona que no sea el Miembro/Paciente, favor de indicar su relación