

Women's Healthcare Physicians of Naples

11181 Health Park Blvd., Ste 2277, Naples, FL 34110

775 1st Ave N. Naples, FL 34102

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Fecha: _____

Yo DOY a Women's Healthcare Physicians of Naples, permiso para hablar sobre mi Pap, patología, y pruebas de laboratorio o cualquier otra información de salud protegida con el(la) siguiente:

| Nombre | Relación |
|--------|----------|
|--------|----------|

YO DOY a Women's Healthcare Physicians of Naples, permiso para discutir la información de facturación / pago con el(la) siguiente:

| Nombre | Relación |
|--------|----------|
|--------|----------|

YO DOY a Women's Healthcare Physicians of Naples ,permiso para acceder a mi lista de medicamentos por mediación de bases de datos de las farmacias. Esto asegurará que mis proveedores de atención médica tengan mi lista de medicamentos más actualizada en los archivos siempre

SI **NO**

¿Podemos dejar un mensaje en su contestadora automática relacionado con su Papanicolaou, patología, pruebas de laboratorio o cualquier otra información de salud protegida?

SI **NO**

Podemos dejar un mensaje en su casa para confirmar o cancelar una cita?

SÍ **NO**

¿Podemos dejar un mensaje en su lugar de trabajo pidiendo que regrese nuestra llamada?

SI **NO**

Entiendo que puedo cambiar o anular esta autorización en cualquier momento.

| | |
|-----------------------------|--------------------|
| Nombre impreso del Paciente | Firma del Paciente |
|-----------------------------|--------------------|