

**AUTORIZACION PARA PROPORCIONAR INFORMACION SOBRE REGISTROS MEDICOS**

Nombre Paciente: \_\_\_\_\_ SSN#: (ultimos 4 digitos ) \_\_\_\_\_

Telefono #: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (M/D/A) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Yo autorizo a MY ENDO HEALTH., a proporcionar la informacion de salud como se indica a:

Persona/ Organizacion: \_\_\_\_\_

Marque una opcion

FAX #: \_\_\_\_\_

Buscar de la Oficina : Direccion: 1 SW 129th Ave. Suite.105. Pembroke Pines. Fl. 33027.

By E-mail: con el propósito de medios alternativos de comunicación confidencial, el uso de lo siguiente:

Email Address: \_\_\_\_\_

MY ENDO HEALTH., (MEH) ofrece a sus pacientes la oportunidad de comunicación vía correo electrónico. Transmitir información vía correo electrónico tiene numerosos riesgos que el paciente debe considerar antes de otorgarnos este consentimiento para estos propósitos. MEH usara formas razonables de proteger confidencial y seguro la información mandada a usted vía correo electrónico. De todas formas, MEH no podrá garantizarle proteger confidencial y seguro la comunicación vía correo electrónico y no será en ninguna forma responsable si esta información confidencial es usada inadvertidamente por otros.

Yo comprendo haber leído y completamente entendido el consentimiento de esta forma. Yo comprendo los riesgos asociados con la comunicación vía correo electrónico yo consiento a las condiciones que me han sido dadas. Cualquier pregunta que yo haya tenido me a sido respondida.

Record Médico Fechas Requeridas: \_\_\_\_\_

Propósito de Entrega: Marque una opción

Continuidad de la atención

Seguro

Legal

Uso Personal

Otros Propositos

Marque una opción

<input type="checkbox"/>	Record Completo	<input type="checkbox"/>	Reportes Radiología
<input type="checkbox"/>	Informes de Laboratorio	<input type="checkbox"/>	Reporte Patología
<input type="checkbox"/>	Reportes Operatorio	<input type="checkbox"/>	Otros (Especifique)

**AUTORIZACIONES ESPECIFICAS**

La siguiente información no puede ser revelada sin la específica autorización dada marcando la caja(s) siguientes

Abuso o Tratamiento de Droga/ Alcohol)

Resultado o Diagnostico VIH/ CIDA

Informacion de Pruebas Geneticas

Notas de Psicoterapia ( Revelar Notas de Psicoterapia requiere una autorización por separado

Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento excepto cuando la acción ya ha sido tomada. Esta autorización y consentimiento vencerá a un año de la firma del presente formulario. Su cuidado de salud (o pagos por el mismo) no podrán ser afectados con la firma de esta autorización. Una vez que su información sea entregada , la misma ya no estará resguardada por las leyes.

Firmado en Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma del Paciente o Representante Legal

Relación si No es el Paciente: \_\_\_\_\_

**Nombre en Letra de Molde**

\*\* Si no es la firma del paciente, una copia de la documentación legal que verifique al representante personal del paciente DEBE acompañar la solicitud (es decir, un tutor designado por el tribunal o poder notarial duradero para la atención médica). \*\*Si el paciente ha fallecido: un certificado de defunción o administrador del patrimonio debe acompañar a la autorización. Una orden judicial que designe a un fiduciario, o administrador o cartas de nombramiento recibidas del Tribunal Testamentario deben acompañar una autorización firmada por la persona nombrada. Si el patrimonio no ha sido legalizado, se requiere un certificado de defunción junto con los documentos que nombran al administrador del patrimonio.