

CIRCLE CITY GASTROENTEROLOGY

2250 South Main Street, Suite 201, Corona, CA 92882 • (951) 808-6298 • CircleCityGi.com

Solicitud de Información Médica

Autorización

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Últimos Cuatro Seguro Social: _____ Número de Teléfono: _____

Poseedor del Récord

Hospital, Grupo Médico, Nombre del Médico: _____

Hospital, Grupo Médico, Número de Teléfono del Médico: _____

Hospital, Grupo Médico, Número de Fax del Médico: _____

Los Registros Pueden Publicarse en:

Circle City Gastroenterology

Tipo de información

____ Resumen de Alta ____ Informes del Departamento de Emergencias ____ Registros Psiquiátricos

____ Notas de Progreso ____ Resultados de Laboratorio ____ Datos de Facturación

____ Órdenes del Médico ____ Todos y Cada Uno de los Registros ____ Informes Radiológicos/Nucleares

____ Historia/Examen Físico ____ Tratamiento Abuso de Alcohol/Drogas ____ Informes de Consulta

____ Informes operativos / de procedimiento ____ HIV Resultados de la Prueba

____ Otro (Por Favor Especifique) _____

Fechas de Servicio

• De: ____/____/____

• A: ____/____/____

Uso de Información

La persona o entidad identificada anteriormente puede usar mi información para los siguientes propósitos: (Escriba sus iniciales en todo lo que corresponda)

_____ Transferencia de Atención _____ Segunda Opinión _____ Personal _____ Seguro
_____ Legal _____ Cuidado Continuo _____ Otro (Por Favor Especifique) _____

Duración

- Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha junto a mi firma, a menos que se indique lo contrario aquí:

___/___/___

Copia Adicional

- Además, entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización si lo solicito.

Nueva Divulgación

- Entiendo que una vez recibidos, mis registros estarán sujetos a una nueva divulgación y ya no estarán protegidos por las leyes federales de privacidad.

Revocación

- Esta autorización también está sujeta a la revocación por escrito por parte del abajo firmante en cualquier momento entre ahora y la divulgación de información por parte de la parte divulgadora. La revocación por escrito entrará en vigor una vez recibida, pero no será efectiva en la medida en que la ley requiera o permita específicamente al Solicitante.

Explicación

- Entiendo que mi tratamiento de ninguna manera está condicionado a si firmo la autorización y que puedo negarme a firmarla.

Firma

Nombre del Paciente Impreso: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha de Firma: _____

Si está firmado por otra persona que no sea el paciente, indique la relación con el paciente: _____

Firma de Testigo: _____ Fecha y Hora: _____

- ❖ Se debe proporcionar documentación legal junto con una identificación válida para demostrar la autoridad para firmar en nombre del paciente