

**AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO /  
DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

**Consentimiento para el Tratamiento:** El paciente y / o representante autorizado por este medio consentimiento a cualquier y todos los tratamientos médicos que se juzgue conveniente por el médico (s) de la Florida Cardiology PA.

**Autorización para la Divulgación de Información Confidencial:** Por la presente autorizo a Florida Cardiology PA para divulgar información médica contenida en el / los registros de mis del paciente a cualquier compañía Inurance, empleador u otro tercero intermediario utilizado por el paciente con el fin de obtener información y / o la revisión de el registro de la atención médica recibió por el paciente y para el pago de todos los gastos médicos. Las copias de los registros también se pueden enviar a los médicos referentes a la continuidad de la atención. Los registros médicos liberados pueden incluir la información de diagnóstico o terapéutico de visitas y / o procedimientos realizados en nuestra oficina. A menos que se inició por debajo de los registros no pueden incluir información confidencial en relación con:

- \_\_\_\_\_ Alcohol, Abuso de Sustancias
- \_\_\_\_\_ Salud Mental
- \_\_\_\_\_ VIH

De acuerdo con la Portabilidad y Responsabilidad de 1996 (HIPAA): Los pacientes con historial médico no puedan recibir a y la condición médica del paciente no se puede discutir con cualquier otra persona que no sea el paciente, el representante legal del paciente, o de otro tipo profesionales de la salud involucrados en el cuidado y tratamiento del paciente sin la autorización por escrito del paciente. El paciente puede en este momento autorizar a una persona a participar activamente en la información del paciente como se mencionó anteriormente:

*(Copia de la identificación para la verificación necesaria, por favor, envíe licencia de conducir u otra identificación con foto y firma.)*

\_\_\_\_\_ Nombre Impreso \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Firma del Representante

**MÉTODO DE PACIENTE DE INFORMACIÓN**

La Regla de Privacidad HIPAA le da al individuo el derecho a solicitar las comunicaciones confidenciales hechas por medios alternativos, tales como el envío de correspondencia a la oficina de la persona en lugar de la casa del individual.

***Deseo ser contactado de la siguiente manera (marque todas las que apliquen)***

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Teléfono de la Casa _____<br>___ SE puede dejar el mensaje con información detallada<br>___ Deje un mensaje con el número de devolución de llamada sólo  | <input type="checkbox"/> La Comunicación Escrita<br>___ SE puede enviar a domicilio<br>___ bien al correo a mi dirección de trabajo / oficina<br>___ se puede enviar por fax a este número<br>(____) _____ |
| <input type="checkbox"/> Teléfono del Trabajo _____<br>___ SE puede dejar el mensaje con información detallada<br>___ Deje un mensaje con el número de devolución de llamada sólo | <input type="checkbox"/> Otro _____<br>_____<br>_____  |

\_\_\_\_\_ Firma del Paciente

\_\_\_\_\_ Fecha

\_\_\_\_\_ Imprimir Nombre

\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento