



Allergy, Asthma, Immunology Care of Central Florida

5412 Curry Ford Road Orlando, FL 32812 322 W. Oak Street Kissimmee, FL 34741
(407) 658-7882 Phone (407) 658-7995 Fax
www.andrademd.com

Nombre del paciente _____ Número de seguridad social _____ Fecha de Nacimiento _____

Yo autorizar _____ usar o divulgar / divulgar mi información de salud como se describe a continuación.

Por favor identifique la información a ser lanzada:

Por favor libera mi documentos completo

-O-

Por favor, suelte solo la siguiente información (marque las casillas apropiadas e incluya otra información donde se indique):

Resultados de la prueba de alergia

Notas de oficina más recientes

Documentos de vacunas

Otro (por favor describa):

Liberar al nombre o persona de la institución _____ Número de teléfono _____ Número de fax _____

La información identificada será utilizada para el siguiente propósito:

Mis records personales

Compartir con otros proveedores de atención médica según sea necesario

Otro (por favor describa):

****Por favor, ponga sus iniciales en cada elemento a continuación para indicar su comprensión

Entiendo que la información en mi registro de salud puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud conductual o mental, y tratamiento para el abuso de alcohol y drogas..

Entiendo que una vez que se publique la siguiente información, el destinatario podrá volver a divulgarla y es posible que la información no esté protegida por las leyes o regulaciones federales de privacidad.

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito a la práctica. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi asegurador el derecho de impugnar un reclamo según mi política..

Entiendo que autorizar el uso o la divulgación de esta información es voluntario. No necesito firmar este formulario para garantizar el tratamiento de atención médica.

La información identificada puede ser utilizada o divulgada por:

Esta autorización caducará el (inserte la fecha o evento)

Si no especifico una fecha de vencimiento o evento, esta autorización caducará doce (12) meses a partir de la fecha en que se firmó.

Nombre _____ Firma del paciente/padre o encargado _____ Fecha _____

* Tenga en cuenta que la identificación con foto requiere que el paciente no se recoja. Tipo de ID # _____

Firma del persona liberación de registros médicos (MA, FRONT DESK, OTHER) _____

Fecha: _____