

ALL ISLAND GASTROENTEROLOGY & LIVER ASSOC., P.C.

HAROLD L. LIPSKY, M.D., F.A.C.G.
PRADEEP BANSAL, M.D., M.R.C.P.
CHARNJIT SINGH, M.D.

AUTORIZACIÓN PARA LA PRÁCTICA DEL PACIENTE PARA LA LIBERACIÓN
INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA PARA TERCEROS

Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Al firmar esta autorización, yo autorizo la Isla Todos Gastroenterología y Hígado Associates, PC. a utilizar y / o divulgar cierta información médica protegida (PHI) acerca de mí o de la parte o las partes que figuran a continuación.

Esta autorización permite a la isla de Todos Gastroenterología y Hígado Associates, PC para usar o revelar a individualmente identificable de salud

_____ the siguiente información
Persona o entidad para recibir la información

(describir específicamente la información que se publicará, como la fecha (s) de servicio, el nivel de detalle para ser puesto en libertad, el origen de la información, etc.)

- [] Todos los de mi historial médico
- [] Sólo los siguientes expedientes médicos:

- [] Esta autorización no caduca.
- [] Esta autorización expira el _____.

Cuando mi información sea utilizada o revelada de conformidad con esta autorización, podrá ser objeto de redisclosure por el beneficiario y no podrán ser protegidos por la Regla de Privacidad HIPAA federal. Yo tengo el derecho a revocar esta autorización por escrito, salvo en la medida en que todos Isla Gastroenterología y Hígado Associates, PC ha actuado en dependencia de esta autorización. Mi revocación debe ser por escrito presentado a la isla de Gastroenterología y todos Hígado Associates, PC 'S Privacy Officer, a 1 de Arlington Avenue, Malverne, Nueva York 11565.

Firma: _____
Paciente Fecha _____ Date _____

O tutor legal si:

Firma - Tutor Legal:

_____ Relación con el Paciente: _____