

ALL ISLAND GASTROENTEROLOGY AND LIVER ASSOCIATES, P.C.

Comunicación Autorización

De conformidad con la Ley de Portabilidad del Seguro de Salud y Responsabilidad de 1996 (HIPAA) , ALL ISLAND GASTROENTEROLOGY AND LIVER ASSOCIATES, P.C. no revelar información confidencial de salud , ya sea en persona o por teléfono , correo electrónico o fax a cualquier persona no autorizada . Al devolver llamadas telefónicas, no vamos a dejar un mensaje en un contestador automático o buzón de voz a menos estamos autorizados por escrito para hacerlo .También, la información no será dada a una persona unauthrized que pueden responder a su teléfono (ya sea en casa o en el trabajo).

Si a usted le gustaría nos autoriza a divulgar información médica a alguien que no sea usted mismo o dejar información sobre un dispositivo de grabación, por favor complete el siguiente:

Yo autorizo el médico y el personal de All Island Gastroenterology and Liver Associate,P.C. a divulgar información médica confidencial relacionada con mi cuidado por los siguientes métodos y las siguientes personas . Entiendo que es mi responsabilidad notificar All Island Gastroenterology and Liver Associate,P.C. si esta información cambia.

Está bien dejar la información médica confidencial para mí en (números de lista)

Numero de casa/Buzon _____
Numero de trabajo _____
Celular _____
Otro Telefono _____

Está bien dejar la información médica confidencial para mí (Nombres)

Esposo/a _____
Padres _____
Hijo/a _____
Hermano/a _____
Otros _____

Yo acknowlegde que esta autorización sólo puede ser modificado por mi authrization escrita.

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

Firma Tutor _____ Fecha _____

