

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Doy mi consentimiento para los procedimientos que se pueden realizar durante esta hospitalización durante una serie prescrita de episodios ambulatorios de atención, incluyendo, pero no limitado a, el tratamiento de emergencia o los servicios, procedimientos de laboratorio, exámenes de rayos X, los procedimientos de diagnóstico, médico, cuidado o tratamiento quirúrgico o procedimientos, servicios de telesalud, anestesia, o servicios en un Centro prestados según lo ordenado por el proveedor. Este consentimiento incluye pruebas para enfermedades contagiosas o transmitidas por la sangre, incluyendo, sin limitación, virus de inmunodeficiencia humana (VIH), Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y la hepatitis, si un médico ordena dicha prueba (s) para el diagnóstico y / o tratamiento propósitos. Yo entiendo que en el caso de una exposición accidental a sangre u otros fluidos corporales, la ley estatal permite que el Fondo para poner a prueba a un paciente que puede haber expuesto un trabajador de la salud al VIH sin obtener el consentimiento de la persona. Entiendo que los posibles efectos secundarios y complicaciones de esta prueba son generalmente de menor importancia y son comparables a la recogida sistemática de muestras de sangre, incluyendo las molestias de la punción con la aguja y / o leve ardor, sangrado o dolor en el sitio de la punción. Los resultados de esta prueba se convertirá en parte de mi expediente médico confidencial. Este consentimiento incluye también procedimientos radiológicos de diagnóstico de rutina, incluyendo la administración de medios de contraste radiográficos y radionucleidos (por ejemplo, radio-opaco tinte). Doy mi consentimiento para grabaciones fotográficas o imágenes reproducibles durante el procedimiento (s) quirúrgicos, médicos y / o de diagnóstico y de su utilización con fines científicos, educativos o de investigación. Doy mi consentimiento para permitir a los estudiantes como parte de su formación en educación para el cuidado de la salud a participar en la entrega de mi atención y tratamiento médico o ser observadores mientras recibo la atención médica y el tratamiento en la instalación, y que estos estudiantes serán supervisados por los instructores y / o personal de la institución. Entiendo que la medicina, la cirugía, la terapia física y la manipulación quiropráctica práctica no es una ciencia exacta y que el diagnóstico y el tratamiento puede implicar riesgos de lesiones o incluso la muerte. Reconozco que no se han dado garantías en cuanto al resultado de los tratamientos o exámenes en estas instalaciones y / o servicios de consulta externa. Este consentimiento es válido para un máximo de treinta (30) días durante una serie prescrita de episodios ambulatorios de atención.

ACUERDO FINANCIERO

En consideración de los servicios a ser prestados al Paciente, Paciente o Garante individualmente promesas de pago de la cuenta del paciente a los tipos indicados en la lista de precios del Fondo (conocido como el Master Charge) efectivas en la fecha en que el cargo es procesado por el servicio prestado, que las tasas se incorporan expresamente por referencia como el término precio de este acuerdo para pagar la cuenta del paciente. Algunos artículos especiales se venden por separado si no hay precio que aparece en el Master Charge. Una estimación de los gastos previstos para los servicios que se proporcionarán al Paciente está disponible a solicitud del Fondo. Las estimaciones pueden variar significativamente de los costos finales sobre la base de una variedad de factores, incluyendo, pero no limitado a, el curso del tratamiento, la intensidad de la atención, las prácticas del médico, y la necesidad de proporcionar bienes y servicios adicionales. Los servicios profesionales prestados por contratistas independientes que no son parte de la cuenta Fondo. Estos servicios serán facturados al paciente por separado. Entiendo que los médicos y otros profesionales de atención médica pueden ser llamados a prestar atención o servicios a mí o en mi nombre, pero que no tenga yo realmente ver, o ser examinado por todos los médicos o profesionales de la salud que participan en mi cuidado, para ejemplo, no puedo ver a los médicos proporcionar radiología, patología, interpretación ECG y los servicios de anestesiología. Entiendo que, en la mayoría de los casos, no habrá cargo adicional por los servicios profesionales prestados por médicos a mí o en mi nombre, y que voy a recibir una factura por estos servicios profesionales que está separado de la factura por los servicios de las instalaciones. El Fondo proporcionará un examen médico de detección como se requiere para todos los pacientes que buscan atención médica para determinar si existe una condición médica de emergencia sin tener en cuenta la capacidad de pago del paciente. Si hay un problema médico de emergencia, el Fondo proporcionará tratamiento estabilizado dentro de su capacidad. Sin embargo, para pacientes y Garante entiendo que si el paciente no califica bajo la política de atención de caridad del Fondo u otra política aplicable, Paciente o Garante no se libera de su / su obligación de pagar por estos servicios. Si se proporcionan suministros y servicios con el paciente que tiene cobertura a través de un programa gubernamental o por medio de ciertos planes de seguro médico privado, el Fondo podrá aceptar un pago con descuento para los suministros y servicios. En este caso cualquier pago requerido del Paciente o Garante será determinado por los términos del programa de gobierno o plan de seguro médico privado. Si el paciente no tiene seguro y no cubiertos por un programa gubernamental, el paciente puede ser elegible para que su cuenta o descuenta perdonado bajo programas de descuento o de cuidado de la caridad sin seguro del Mecanismo en vigor en el momento del tratamiento. Entiendo que puedo solicitar información sobre estos programas del Fondo. También entiendo que, como cortesía hacia mí, el Mecanismo puede facturar a una compañía de seguros que ofrece la cobertura, pero no puede ser obligado a hacerlo. En cualquier caso, estoy de acuerdo en que, excepto donde esté prohibido por la ley, la responsabilidad financiera por los servicios prestados pertenece a mí, el Paciente o Garante. Estoy de acuerdo en pagar por servicios que no son cargos no pagados en su totalidad por la cobertura del seguro, incluyendo, pero no limitado a, coseguro, deducibles, beneficios no cubiertos debido a límites de la póliza o exclusiones políticas, o el incumplimiento de plan de seguro cubiertos y cubiertos requisitos.

Patient Label

ASIGNACION DE BENEFICIOS

El paciente cede todos sus / sus derechos en virtud de las actuales políticas de seguros que proporcionan cobertura y pago de todas y todos los gastos incurridos como consecuencia de los servicios y el trato prestado por el Proveedor y el pago directo autorizado al Proveedor de cualquier beneficio de seguro de otro modo pagaderos o en nombre del paciente durante la hospitalización de los servicios ambulatorios, incluidos los servicios de emergencia, si prestados. Paciente entiende que cualquier pago recibido de estas políticas y / o planes se aplicará a la cantidad que Paciente o Garante ha acordado pagar por los servicios prestados durante el ingreso y, que el Proveedor no retendrá beneficios en exceso de la cantidad adeudada al Proveedor para el cuidado y tratamiento rendido durante el ingreso. Entiendo que cualquier póliza de seguros de salud en las que estoy cubiertos puede ser, además de otra cobertura o beneficios o la recuperación a la que pueda tener derecho, y que el Proveedor, aceptando mutuamente cobertura de seguro de salud, no renunciar a sus derechos para cobrar o aceptar, como

pago total, los pagos realizados bajo diferentes coberturas o beneficios o cualquier otra fuente de pago que puede o va a cubrir los gastos incurridos para los servicios de un tratamiento. Por la presente designo a irrevocable al Proveedor como mi representante autorizado para perseguir cualquier reclamación, sanciones y recursos administrativos y / o legales en mi nombre para la colección en contra de cualquier pagador responsable, planes de beneficios médicos patrocinados por el empleador, portador de responsabilidad civil, o cualquier otro responsable tercero (Responsable) de cualquiera y todas las prestaciones debidas en mí para el pago de los cargos asociados con mi tratamiento. Esta asignación no se interpretará como una obligación de los proveedores de perseguir cualquier derecho de recuperación. Reconozco y entiendo que puedo mantener mi derecho de recuperación en contra de mi compañía de seguros o plan de beneficios de salud y la asignación anterior no me desprenderse de tal derecho. Estoy de acuerdo en tomar todas las medidas necesarias para ayudar al Proveedor a recoger el pago de dicha Entidad responsable si el proveedor (s) elegir para recoger dicho pago, incluyendo el permitir el proveedor (s) para presentar una demanda en contra de la parte responsable en mi nombre. Si recibo el pago directamente desde cualquier fuente de los gastos médicos asociados con mi tratamiento, reconozco que es mi deber y la responsabilidad de pagar inmediatamente cualquier pago al proveedor (s).

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD DE LOS EFECTOS PERSONALES

Arise Austin Medical Center le invita a dejar los objetos de valor en casa o con sus familiares o amigos que están con usted en la instalación. Esto es para certificar que yo (o) paciente que suscribe la presente relevo Arise Austin Medical Center de cualquier responsabilidad en relación con la pérdida o daño de mis pertenencias personales, incluyendo pero no limitado a: dentaduras, Ayuda, Gafas, Contactos, Ropa Accesorios, Energía Audición / Equipos Electrónicos, efectivo, tarjetas de crédito, joyas y otros artículos de valor inusual y pequeño tamaño. El pasivo del Fondo por la pérdida de propiedad personal se limita a quinientos dólares (\$ 500.00).

COLECCIÓN DE TERCEROS

Reconozco que los proveedores pueden utilizar los servicios de una entidad de terceros Asociados comerciales o afiliados como una oficina de negocios extendido (EBO Administrador) para la cuenta médica de la facturación y el servicio. Durante el tiempo que la cuenta médica está siendo atendida por el EBO Administrador, la cuenta no se considerará en mora, mora o en incumplimiento de pago, y no se le informó a una agencia de crédito o de procedimientos judiciales de cobro. Cuando los esfuerzos de la EBO Administrador para obtener el pago se han agotado debido a una serie de factores (por ejemplo, del paciente o el fracaso del fiador a pagar o hacer un arreglo de pago después del ajuste del seguro y el pago han sido acreditados y / o denegación de la aseguradora de la reivindicación (s) o beneficios de recibida), el EBO Administrador enviará una carta de aviso final que incluirá la fecha en que la cuenta médica puede ser devuelto de la EBO Administrador al Proveedor. A su regreso al Proveedor por el EBO Administrador, el proveedor puede poner la cuenta atrás con el EBO Administrador, o, a elección del proveedor, podrá determinar la cuenta a ser delincuentes, vencidos y en mora. Una vez que la cuenta médica se determina que es delincuente, puede estar sujeto a cargos por pagos atrasados, intereses como se ha dicho, la remisión a una agencia de colección para la colección como una cuenta atrasada, informe a los organismos de crédito y el cumplimiento de los procedimientos legales. También estoy de acuerdo que si el proveedor inicia esfuerzos de cobro para recuperar las cantidades adeudadas por mí o mi Garante, a continuación, además de las cantidades gastadas por los servicios prestados, Paciente o Garante pagarán, en la medida permitida por la ley: (a) cualesquiera todos los gastos efectuados por el proveedor en la búsqueda de la colección, incluyendo pero no limitado a, los honorarios razonables de abogados, y (b) todas las costas y otros gastos de litigio que incurra el Proveedor.

COMUNICACIONES SOBRE MI SALUD

Estoy de acuerdo en que puede ser contactado por el proveedor o un agente del proveedor o de la oficina de un médico independiente a los efectos de las visitas de seguimiento necesarias de programación recomendados por el médico tratante.

CONSENTIMIENTO PARA LLAMADAS TELEFÓNICAS PARA COMUNICACIONES FINANCIERAS

Estoy de acuerdo en que, a fin de que usted, o sus agentes EBO Servicers y recaudación, para dar servicio a mi cuenta o para recoger cualquier cantidad que pueda deber, acepto expresamente y consentimiento que usted o sus agentes EBO Administrador y cobranza puede ponerse en contacto conmigo por teléfono al cualquier número de teléfono que he proporcionado o usted o su agente EBO Administrador y recogida obtenido o, en cualquier número desviado o transferido de ese número, en cuanto a la hospitalización, los servicios prestados, o de mis obligaciones financieras relacionadas. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pre-recorded/artificial y / o el uso de un dispositivo de marcación automática, según corresponda.

CONSENTIMIENTO PARA ENVIAR POR CORREO ELECTRÓNICO O USO DE TEXTO PARA LAS INSTRUCCIONES DE DESCARGA Y OTROS HEALTHCARE COMMUNICATIONS

Si en algún momento me proporciono un correo electrónico o la dirección de texto en el que puedo ser contactado, doy mi consentimiento para recibir instrucciones de descarga y otras comunicaciones de la salud en el que el correo electrónico o la dirección de texto de los Proveedores. Estas instrucciones de descarga pueden incluir, pero no limitado a, las instrucciones postoperatorias, seguimiento médico instrucciones, información alimenticia, e información de prescripción. El resto de comunicaciones de la salud pueden incluir, pero no están limitados a, la comunicación a los representantes de la familia o designados en relación con el tratamiento o condición, o mensajes de recordatorio para mí con respecto a la cita para recibir atención médica.

MEDICARE CERTIFICACIÓN

Certifico que la información que proporciono en la solicitud de pago bajo el Título XVIII (Medicare) o el Título XIX (Medicaid) de la Ley del Seguro Social es correcta. Solicito el pago de los beneficios autorizados se hagan en mi nombre a la institución, o la médico entre instalaciones por el programa Medicare o Medicaid.

Patient Label

PACIENTES EXTERNOS DE MEDICARE

Medicare no cubre los medicamentos recetados con sólo unas pocas excepciones. De acuerdo con las regulaciones de Medicare, reconozco que soy responsable por cualquier medicamento amuebladas a mí mientras un paciente ambulatorio que cumple con la definición de un medicamento con receta de Medicare. Estos medicamentos también se conocen como medicamentos de administración propia, ya que son generalmente auto-administrada, pero se pueden administrar a mí por personal de la instalación. Medicare requiere Facilidad para facturar a los pacientes de Medicare u otros terceros pagadores por estos medicamentos. Beneficiarios de la Parte D de Medicare podrán presentar una reclamación por escrito a la Parte D de Medicare plan para un posible reembolso de estos medicamentos de acuerdo con los materiales de inscripción del plan de medicamentos de Medicare.

DIVULGACIÓN DE LA PROPIEDAD DEL MÉDICO

La propiedad de Arise Austin Medical Center incluye médicos. El médico que lo refirió a esta instalación para el tratamiento y otros médicos involucrados en su atención en el Fondo puede tener una participación en la propiedad. Se entiende que usted es libre de elegir otro centro para los servicios que se han ordenado por su médico. Una lista de los propietarios de los médicos está disponible bajo petición. Si tiene alguna pregunta, debe comunicarse con su médico con respecto a su participación como propietario.

RELACIÓN JURÍDICA CON MÉDICOS

La mayoría o todos los médicos que presten servicios en el Fondo son independientes y no son agentes o empleados de las instalaciones. Médicos independientes son responsables de sus propias acciones y el Fondo no serán responsables por los actos u omisiones de cualquiera de esos médicos independientes.

LOS DERECHOS DE VISTA PACIENTE

Yo entiendo que tengo el derecho de recibir los visitantes que yo o mi representante del paciente designe, sin tener en cuenta mi relación con estos visitantes. También tengo el derecho de retirar o denegar dicho consentimiento en cualquier momento. Yo no voy a negar los privilegios de visita sobre la base de raza, color, origen nacional, religión, sexo, género, identidad, orientación sexual o discapacidad. Todos los visitantes designo disfrutarán los privilegios de visita plenos e iguales que no sean más restrictivas que las que los miembros de mi familia inmediata disfrutarían. Además, entiendo que el Fondo tenga que imponer restricciones o limitaciones clínicamente necesarios o razonables a mis visitantes para proteger mi salud y la seguridad, además de la salud y la seguridad de los otros pacientes. El Fondo será explicar claramente la razón de las restricciones o limitaciones en caso de imponerse. Si yo creo que mis derechos de visita han sido violados, yo o mi representante tiene el derecho de utilizar el sistema de resolución de quejas del Fondo.

REGISTROS DE RETENCIÓN

A menos que mis discos están involucrados en el pleito, el proveedor podrá disponer de mis registros médicos de los diez (10) años después de la fecha de mi último tratamiento aquí, o, para los menores de edad, la tarde de diez (10) años después de la fecha de la paciente de última tratamiento o la fecha de la vigésima del paciente (20) años de edad. Registros de mamografía se realice de conformidad con los requisitos descritos por el Departamento de Servicios de Salud de Texas.

RED DE SEGUROS

Yo reconozco que he recibido una notificación de que, sobre la base de la información disponible en este momento, esta instalación es un proveedor participante bajo mi plan de salud o seguro (s). También reconozco que entiendo que algunos de los médicos, incluyendo médicos de los establecimientos sanitarios (por ejemplo, radiólogos, anestesiólogos, patólogo, y / o los médicos del departamento de emergencia), u otros proveedores que puedan proporcionar servicios a mí durante mi admisión, procedimiento u otra servicio, no podrá ser proveedores participantes bajo mi plan de salud o seguro (s), y me puede facturar por servicios que no son pagados por mi seguro médico o plan de (s).

AUTODETERMINACIÓN DEL PACIENTE

Se me ha proporcionado información respecto a las directivas anticipadas (como una directiva para los médicos y familiares o sustitutos, poder médico, fuera del hospital de hacer de no resucitar, y la declaración de tratamiento de salud mental). Entiendo que la información y asistencia para completar una directiva anticipada está disponible a petición. Escriba sus **iniciales** al lado de una de las siguientes declaraciones aplicables:

- _____ No he ejecutado una instrucción anticipada y no desea ejecutar uno en este momento. Entiendo que el Fondo hará todo lo intente resucitarme si se produce un evento.
- _____ Habré hecho previamente una instrucción anticipada y ha pedido que transmita una copia de la Instalación. Si no se proporciona copia, me entender la instalación hará todo lo posible para mí resucitar si se produce un evento.
- _____ No he ejecutado una instrucción anticipada, desean ejecutar una, y he recibido información sobre la forma de ejecutar una instrucción anticipada.

Patient Label

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y DERECHO DEL PACIENTE Y RESPONSABILIDADES

Reconozco que he recibido la Comunicación de la Facilidad de prácticas de privacidad, que describe las formas en que el Fondo puede usar y divulgar mi información de salud personal para su tratamiento, pago, operaciones de cuidado de la salud, y otros usos y divulgaciones descritas y permitidas. Yo entiendo que puedo comunicarme con el Funcionario de Privacidad del designado en el aviso si tengo una pregunta o queja. También he recibido de Derechos y Responsabilidades del Paciente de la instalación, que esboza las expectativas de mí, así como el Fondo durante mi visita esta admisión.

Reconocer: _____ (Inicial)

MIENTRAS LA COMUNICACIÓN EN LAS INSTALACIONES

Mientras estoy recibiendo tratamiento en el centro, autorizo la facilidad de comunicarse con las siguientes personas acerca de mi atención:

Imprimir Nombre Relación con el número de teléfono del Paciente

Imprimir Nombre Relación con el número de teléfono del Paciente

Yo, el abajo firmante, ya que el paciente o su representante legal para el paciente, por la presente certifico que he leído, y total y completamente entender estas Condiciones de Admisión y de autorización para tratamiento médico, y he firmado estas Condiciones de Admisión y Autorización de Tratamiento Médico con conocimiento, libre, voluntaria, y acepta estar obligado por sus términos. No he recibido promesas, garantías o garantías de cualquier persona en cuanto a los resultados que se puedan obtener por cualquier tratamiento o servicios médicos. Si la cobertura del seguro es insuficiente, negado por completo, o no está disponible, el abajo firmante se compromete a pagar los cargos no pagados por la aseguradora. Se me ha dado la oportunidad de revisar este formulario y hacer preguntas.

Paciente / Representante Autorizado Firma Fecha / Hora

Si no es el paciente, relación con el paciente

Firma del Testigo Fecha / Hora

Patient Label

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN / INFORMACIÓN HEALTHCARE

Autorizo la divulgación de mi información de salud para fines de comunicación de los resultados, conclusiones y decisiones sobre la atención a los miembros de mi familia y otros responsables de mi cuidado o designada por mí. Voy a ofrecer a las personas con una contraseña u otros medios de verificación según lo especificado por el Fondo. I (como el padre o tutor, cónyuge, garante, agente de la paciente), permitan al Fondo y de los médicos u otros profesionales de la salud involucrados en el paciente hospitalizado o ambulatorio para divulgar la información de salud para propósitos de tratamiento, pago o atención médica. Información sanitaria puede ser liberado para beneficiarse del pago. También me permito el Fondo para liberar mi información de salud a mi empleador, _____ o la persona designada por el empleador, cuando los servicios prestados están relacionados con una lesión relacionada con el trabajo. Si el paciente está cubierto por Medicare o Medicaid, autorizo la divulgación de información de salud para la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o transportista por el pago de una reclamación de Medicare oa la agencia estatal correspondiente para el pago de una reclamación de Medicare. Esta información puede incluir, sin limitación, la historia y la física, registros de urgencias, informes de laboratorio, informes operativos, notas de progreso médico, notas de enfermería, consultas, informes psicológicos y / o psiquiátricos y resumen de descarga. Las leyes federales y estatales pueden permitir esta facilidad para participar en organizaciones con otros proveedores de salud, aseguradores, y / u otros participantes de la industria de atención médica y sus subcontratistas para que estos individuos y entidades a compartir mi información de salud con otros para lograr las metas que pueden incluyen pero no se limitan a: la mejora de la precisión y el aumento de la disponibilidad de mis registros de salud; disminuir el tiempo necesario para acceder a mi información; agregar y comparar mi información con fines de mejora de calidad; y aquellos otros propósitos que pueden ser permitidos por la ley. Entiendo que esta instalación puede ser un miembro de una o más de estas organizaciones. Este consentimiento incluye específicamente las condiciones de información relativa relacionados con las drogas, el alcoholismo, trastornos psicológicos, trastornos psiquiátricos y / o enfermedades infecciosas, incluyendo, pero no limitado a las enfermedades transmitidas por la sangre, como la hepatitis, virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Reconozco y autorizo a que los datos de mis registros de pacientes será accesible a todos los profesionales de la salud que participan en mi cuidado o tratamiento, y / o los demás organismos de la salud involucrados en mi cuidado durante y después de la transferencia o descarga de la Facilidad. Reconozco que mis registros médicos serán utilizados en (y afiliados del Mecanismo ") del Fondo de revisión de la utilización, mejora del rendimiento, revisión por pares, y otros procesos o estudios similares. También reconozco que mis registros médicos también se pondrán a disposición de los organismos o autoridades gubernamentales en la medida de lo autorizado o requerido por la ley. La información contenida en mi expediente médico puede extraer o compiló con fines de investigación y los resultados agregados (sin identificarme individualmente) pueden ser lanzado al público. Reconozco que los registros médicos del paciente en la instalación pueden ser almacenados electrónicamente y puestos a disposición a través de redes informáticas para el personal de las instalaciones y los médicos involucrados en mi caso y sus oficinas. También reconozco que debo ser tratada en otro centro en el área de afiliado con el Hospital, mis registros médicos se pueden hacer electrónicamente a disposición de la otra institución y los médicos involucrados en mi cuidado y sus oficinas. Esto ayudará a mi médico y otros proveedores de cuidados a revisar el tratamiento previo ya que esto puede afectar a mi condición y el tratamiento en ese momento. Instalaciones, que no están afiliados con el Hospital, y las instalaciones, que no tienen las historias clínicas informatizadas, no serán capaces de proporcionar este servicio afiliadas. Autorizo al Fondo para la liberación y sus representantes autorizados lo contacten conmigo por teléfono después de mi baja por los peritos de la organización Gallup o una organización similar en nombre del Fondo para la realización de encuestas de satisfacción del paciente y otros estudios. Autorizo la divulgación de mi número de seguro social, de conformidad con la ley federal y las regulaciones para el fabricante o cualquier dispositivo médico que pueda recibir. Autorizo a que mi preferencia religiosa puede liberar a la organización religiosa local (s) a petición de mí. Entiendo que alguien de la administración de casos me puede visitar durante mi estancia y estoy de acuerdo con la divulgación de información médica / sociales a los organismos que se consideren necesarias o convenientes por mi médico y el caso del personal de gestión para el beneficio de la continuidad de la atención.

En caso de transferencia, autorizo a la institución receptora para comunicarse con Arise Austin Medical Center con el fin de obtener y / o divulgar mi información médica, incluyendo informe de alta para la continuidad de la atención. Entiendo que la información anterior puede incluir registros / informes de otros profesionales de la salud involucrados en mi cuidado o tratamiento.

Además certifico que he leído, y total y completamente entiendo esta autorización para la divulgación de la Información de la Información / Healthcare, y que he firmado esta Autorización para la Divulgación de la Información / Información de Salud a sabiendas, libre y voluntariamente.

Patient Label

Paciente / Representante Autorizado Firma Fecha / Hora

Si no es el paciente, relación con el paciente

Firma del Testigo Fecha / Hora