

GERIG SURGICAL ASSOCIATES, P.C.

2006 South Main Street, Suite A

Goshen, IN 46526

Phone: 574.535.9100 Fax: 574.535.1020

AUTORIZACION PARA LIBERAR INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del Paciente (letra molde) _____

Fecha de Nacimiento _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P _____

Numero de telefono _____

Algun otro nombre usado _____

Practice Use: Med Rec # _____

Yo autorizo : (letra molde) _____

Liberar a: (letra de molde) _____

La siguiente informacion de mi archivo:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> El historial completo de salud (s) | <input type="checkbox"/> Historial Fisico | <input type="checkbox"/> Reporte de Radiologia |
| <input type="checkbox"/> Reporte de cirujia | <input type="checkbox"/> Reporte de laboratorio | <input type="checkbox"/> Reporte de Patologia |
| <input type="checkbox"/> Solo el registro medico del Dr(s) _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Otro (por favor sea especifico) _____ | | |

Yo doy No doy (marque la caja correcta) autorizacion que la informacion se enviada via fax. A fax: _____

Desde la fecha _____ hasta la fecha _____

_____(Iniciales) Yo entiendo que esta autorizacion incluire informacion relacionada a:

- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (AIDS) o Virus de inmunodeficiencia humana (HIV)
- Tratamiento psiquiátrico
- Tratamiento de alcoholismo o huso de drogas
- Exámenes geneticos

Si alguna, excepcion especifique aqui: _____

Esta informacion sera revelada para el huso de _____

La fecha, extensión o condición en cual la autorizacion expira _____ sin exeder los 60 dias (excepto por procesos de investigacion, dicte "Ningun" fecha de expiracion). Yo entiendo que la autorizacion puede ser revocada en cualquier momento, excepto para extender la misma. A menos que sea revocada, esta autorzacion expira en sesenta (60) dias de la fecha marcada.

Entiendo y estoy de acuerdo en pagar un costo razonable para cubrir la tranferencia. Yo entiedo que me puedo negar a firmar esta autorizacion y mi negacion no afectara la habilidad de obtener tratamiento, pago o mi elegibilidad de beneficios. Puedo inspeccionar o copiar cualquier informacion usada o revelada por esta autorizacion . Entiendo que los registros pueden contener informacion creada por otra entidad aparte de **GERIG SURGICAL ASSOCIATES, P.C.** por lo tanto no son responsables por informacion contenida en dicha informacion incomorada (incluyendo exactitud, exhaustividad, relevancia, legibilidad o la falta de dichos registros incorporados). Yo expreso la solicitud de liberacion de todo los registros mantenidos **GERIG SURGICAL ASSOCIATES, P.C.** referente a mi, incluyendo registros incorporados. Yo entiendo que **GERIG SURGICAL ASSOCIATES, P.C.** no tiene ni admite ningun derecho referente al contenido e omicion de dicho registro incorporado.

Por la presente libero **GERIG SURGICAL ASSOCIATES, P.C.** y su personal de toda responsabilidad legal de nd its personnel from all legal responsibility u otra responsabilidad que pueda surgir del la autorizacion adquirida. **GERIG SURGICAL ASSOCIATES, P.C.** no es responsable la legibilidad, u omisiones causadas por la copia de cualquier registro medico de otra institucion.

Firma del paciente o representante _____

Fecha _____

Nombre del representante _____ Relacion con el paciente _____

Prohibition on redisclosure: This information, which has been disclosed to you from confidential records, is protected by federal law. Federal regulations prohibit you from making any further disclosure of this information except with the specific written authorization of the person to whom it pertains. A general authorization for the release of medical or other information is held by another party is not sufficient for this purpose. Federal regulations state that any person who violates any provisions of this law shall be fined or imprisoned.