

REQUEST FOR LIMITATIONS AND RESTRICTIONS OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

I authorize to release my medical information and will accept responsibility for the loss of privacy

___ You may leave me a message at the following telephone numbers:

1. _____ 2. _____ 3. _____

___ I authorize release of any and all of my medical information whether verbally or in writing to the following person(s)

1. Name: _____ Relationship: _____ Tel.Number: _____

2. Name: _____ Relationship: _____ Tel.Number: _____

___ I will pick-up my authorizations/referrals or bring a self-addressed stamped envelope to have the them mailed to me. I will make appointments to get results from test or/and bloodwork.

If any changes are made to the information above, I am responsible for contacting the office.

Patients Name: : _____ Signature: : _____ Date: : _____

SOLICITUD PARA LIMITAR Y RESTRINGIR EL USO DE MI INFORMACION MÉDICA.

Autorizó que se facilite mi información médica y acepto la responsabilidad de que no haya confidencialidad médica.

___ Me pueden dejar un mensaje a los siguientes números telefónicos:

1. _____ 2. _____ 3. _____

___ Autorizo que se de alguna o toda mi información medica, ya sea oral o escrita a las siguientes personas:

1. Nombre: : _____ Parentezco: _____ Tel.Numero: : _____

2. Nombre: : _____ Parentezco: _____ Tel.Numero: : _____

___ Vendré personalmente a buscar autorizaciones/referidos o hare una cita para obtener mus resultados de exámenes. Traeré un sobre con sello postal y mi dirección para que me envíen mis autorizaciones y/o referidos.

Si hay algún cambio a esta información, es mi responsabilidad contactar a la oficina.

Nombre de Paciente: : _____ Firma: : _____ Fecha: : _____