

Jan David Tepper, D.P.M., Inc.

984 W. Foothill Blvd., Suite B

Upland, CA 91786

(909) 920-0884 Fax: (909) 920-9810

AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo autorizo a Jan David Tepper, DPM Inc. a divulgar mi información de salud protegida como se describe a continuación. Entiendo que esta autorización es voluntaria. Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por la ley federal o estatal. Entiendo que puedo ver y copiar la información descrita en este formulario si lo solicito, y que recibiré una copia de este formulario después de que lo firme. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito a la dirección que se encuentra arriba, pero si lo hago no afectará ninguna acción tomada antes de recibir mi revocación.

Entiendo que mi tratamiento no estará condicionado a si proporciono autorización para el uso o divulgación solicitada, excepto (1) si mi tratamiento está relacionado con la investigación, o (2) se me proporcionan servicios de atención médica únicamente con el propósito de crear información de salud para divulgación a un tercero.

Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Personas u organizaciones que van a recibir información: _____

La información específica que se divulgará / divulgará se especifica a continuación:

Registro médico completo

O especifica uno o más de los siguientes:

- Operativo Reportes Rayos X
 Notas de progreso Facturación y reclamo de registros
 Laboratorio (Otro) _____

Esta información se debe usar / divulgar solo para los siguientes propósitos: _____

(no es necesario indicar ningún propósito si el paciente hace la solicitud y el paciente no desea indicar el propósito).

Esta autorización caducará _____ (La fecha de estado o evento).

AUTORIZACIÓN ESPECÍFICA

Entiendo que mi información de salud debe ser divulgada y PUEDE INCLUIR información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus inmunodeficiencia humana (VIH), servicios de salud conductual o mental, y / o tratamiento por abuso de alcohol y / o drogas. Mi firma a continuación autoriza la divulgación de toda esa información, a menos que la haya tachado y la haya rubricado.

Sí No Iniciales _____

Firma del paciente o representante del paciente _____

Fecha _____

(El formulario DEBE completarse antes de firmar.)

Nombre impreso del representante del paciente (si corresponde): _____

Relación con el paciente (si corresponde): _____

* TIENE DERECHO A UNA COPIA DE ESTE DOCUMENTO *