WESTMED
MEDICAL GROUP
The Future of Healthcare Today
Health Information Management Department
2700 Westchester Avenue, Purchase, NY 10577
Fax: (914) 682-6415

AUTORIZACIÓN

para comunicar verbalmente de información médica

Nombre del paciente:	Teléfono:
Dirección del paciente : Calle, ciudad, estado, código postal	
Registro médico #:	Fecha de nacimiento: DD MM AA

"Yo autorizo a WESTMED Medical Group a divulgar verbalmente mi información médica (información relativa a mis registros medicos y/o registros financieros) como indica debajo."

INFORMACIÓN PUEDE COMUNICAR A (Relación):

□ Esposo(a) □ Hijo(a) □ Amigo(a) □ Otro(a)_____	□ Esposo(a) □ Hijo(a) □ Amigo(a) □ Otro(a)_____
Nombre	Nombre
Dirección	Dirección
Ciudad, Estado, Código Postal	Ciudad, Estado, Código Postal
Teléfono	Teléfono

DESCRIPCIÓN DE INFORMACIÓN A DIVULGAR VERBALMENTE:

□ El médico(a) puede comunicar información médica a la persona arriba. □ WESTMED puede comunicar informaciónes financieros relativa a mi tratamiento.

□ Recojer labs/radiología resultos (incluir imagenes y CDS)

□ Otro _____

□ Registros médicos de_____ hasta _____

□ Todos médicas/financieros informaciónes. □ Información limitado a _____

TO BE READ AND SIGNED BY PATIENT:

Entiendo lo siguiente:

a. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento si envío una notificación escrita a WESTMED.
b. No puedo revocar esta autorización si WESTMED ya ha realizado acciones en base a esta autorización o si se obtuvo la autorización como una condición del acceso a la cobertura de un seguro.
c. WESTMED no condicionará el tratamiento ni el pago en base a que yo firme esta autorización.
d. Firmo esta autorización libremente y sin que haya sido sometido a ninguna presión por parte de ninguna persona para hacerlo.
e. Reconozco que he tenido la oportunidad de revisar esta autorización y entiendo su propósito y uso.
f. Puedo recibir una copia de esto completado y firmado autorización.

Firma del paciente:		Fecha:
Firma del representante del paciente:	Relación:	Fecha:

SOLAMENTE PARA USO DE LA OFICINA:

□ I.D. Verified: Type _____ Initials _____