



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 informaciones financieros relativa a mi tratamiento.

Resultados de labretorios /radiologico (limitado a comunicacion verbalmente)

Otro _____

Registros médicos de _____ hasta _____

Todos métricas/financieros informaciones. Información limitado a _____

TO BE READ AND SIGNED BY PATIENT:

Entiendo lo siguiente:

- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento si envío una notificación escrita a WESTMED.
- 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.
- WESTMED no condicionará el tratamiento ni el pago en base a que yo firme esta autorización.
- Firmo esta autorización libremente y sin que haya sido sometido a ninguna presión por parte de ninguna persona para hacerlo.
- Reconozco que he tenido la oportunidad de revisar esta autorización y entiendo su propósito y uso.
- 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 _____