

Fecha de Nacimiento: _____
Numero de Social Security: _____

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

De conformidad con la Regulación Federal 42CFR, Parte 2, Estatutos de la Florida los capítulos 381, 394-397 y/o 445. La divulgación de toda mi historia médica incluyendo mis antecedentes psiquiátricos y psicológicos y/o expedientes de mi tratamiento de abuso de sustancias incluyendo los resultados de la prueba del VIH.

Por favor de: Mandar por correo a: Mandar por fax a: Mantener hasta que lo recoja:

Garcia & Giron MD PA
3661 South Miami Avenue
Suite 702
Miami, FL, 33133
Fax: (305) 857-3338

O

Dr/Clínica: _____ Atención: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____ Fax: _____

Razón del Personal Cuidados Continuos (Medico primario/especialista)
pedido: Seguro Legal Cambio de médico tratante Otro _____

Yo entiendo que bajo las disposiciones de confidencialidad estatales y federales solamente la información anterior que se especifica puede ser liberada sólo a la persona determinado(s) o agencia indicada. También entiendo que puedo revocar esta versión de la información en cualquier momento siempre que notifique a la facilidad y/o el médico por escrito a este efecto, pero que la revocación no tiene ningún efecto sobre las medidas adoptadas con anterioridad. Esta autorización permanecerá en vigor hasta el momento en que el propósito para el cual fue dado se logre o hasta un año a partir del momento en que se ha pasado de fecha.

Firma del paciente / cliente / Tutor

Fecha

Nombre del paciente / cliente / Tutor

GARCIA & GIRON MD PA
Diplomat of American Board of Internal Medicine and Infectious Diseases
3661 S. Miami Ave # 702, Miami, FL 33133 • TEL: 305.857.3330 • Fax: 305.857.3338