



Gastroenterology Specialists

Diplomate, American Board Internal Medicine and Gastroenterology

Steven A. Meckstroth, M.D.
Manuel F. Bustamante, M.D.
William Gonzalez, PA-C
Karina Hooper, PA-C

PERMISO PARA QUE OTRA ENTIDAD DIVULGUE EXPEDIENTES MEDICOS

Autorización para divulgar o revelar información de salud protegida por otra entidad cubierta, para uso por parte de "Gastroenterology Specialists of Southwest Florida, P.A." de:

Nombre del Doctor: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Fax: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Información médica a ser divulgada:

_____ Notas de visitas medicas (por favor, especifique las fechas)

_____ Resultados de exámenes y pruebas (especifique)

Esta autorización será efectiva hasta _____, pero no más de un año a partir de la fecha en que se firme este documento, momento en el cual esta autorización para usar o divulgar información de salud protegida expira.

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento enviando por escrito una notificación al oficial de prácticas de privacidad a la dirección, 1656 Medical Blvd., Suite 301, Naples, FL, 34110.

Yo entiendo que la información usada o divulgada, referente a esta autorización, puede estar sujeta a ser divulgada nuevamente por el que la recibe, y puede ya no estar protegida por las leyes federales o estatales.

Yo entiendo que tengo el derecho de rehusarme a firmar esta autorización.

Nombre del Paciente o Representante, en letra de molde

Firma

Si es Representante, relación con el Paciente

Fecha de Nacimiento

Fecha de Hoy

*** If you have any questions regarding this authorization to release medical records form in Spanish, do not hesitate to call our practice.**