



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 DIVULGAR EXPEDIENTES MEDICOS A OTRA ENTIDAD

Yo, _____, por medio de este documento, autorizo a Gastroenterology Specialists of Southwest Florida, P.A. a revelar o divulgar la siguiente información de salud protegida a:

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 una revocación no es efectiva en la medida en que Gastroenterology Specialists of Southwest Florida, P.A. se haya basado en esta autorización para la divulgación de información de salud protegida.

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.

Gastroenterology Specialists of Southwest Florida, P.A. no condicionará mi tratamiento, pagos, inscripción en un seguro de salud o elegibilidad para beneficios basado en si proveo autorización para el uso o divulgación de la información aquí pedida.

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.**