



REMITICION DE INFORMACIÓN MÉDICA

- _____
INICIALES Autorizó a Urology Austin a suministrar información de mi historial médico ó enfermedades a mi doctor familiar/principal, Medicare y la compañía de seguro médico.
- _____
INICIALES Autorizó a mi doctor familiar/principal, medicos de otras especialidades, y otros proveedores de salud que proporcionen información médica de mi expediente ó cualquier otra información que sea pertinente para mi salud a Urology Austin.
- _____
INICIALES **PERMITO QUE UNA COPIA DE ESTE DOCUMENTO SE UTILIZE COMO UNA AUTORIZACIÓN ORIGINAL.**
- _____
INICIALES Doi mi consentimiento y permiso a Urology Austin a dejar información médica, mensajes pertinentes a horarios u cuentas, a los siguientes numeros telefonicos:
- Casa _____ Trabajo _____ Cellular _____
- Correo Electrónico _____
- _____
INICIALES Autorizó a Urology Austin a dar a conocer informacion relacionada con mi salud, incluyendo pero sin limitarse, a horarios, resultados de laboratorio, radiografia, ect, ya sea de forma escrita, verbal or via formato electronico, a los siguientes individuos (favor de incluir los nombres y apellidos): _____
- _____
- _____
- _____

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Solicito el pago de beneficios quirurjicos y/ó medicos, de otra manera pagaderos a mí, directamente a Urology Austin por servicios proporcionados. Estoy consiente que yo soy responsable por cualquier cargo que no este cubierto bajo el contrato de Assignación de Beneficios de mi seguro medico.

Firma del Paciente

Fecha

Firma de Representante/Padres/Guardian

Fecha

Declaro que se me a presentado con la Notificación de prácticas privadas (HIPPA) de Urology Austin.

Firma del Paciente

Fecha

Nombre del Paciente en Molde

Fecha de Nacimiento