



### 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/o 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