

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del Paciente: _____

SSN: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Número de teléfono que se le puede contactar: _____

Solicito y Autorizo a:

PET Imaging Institute of South Florida
1150 Norte 35th Avenue, Suite 665
Hollywood, FL 33021

Teléfono: 954-981-6668
Fax 954-981-5944

PET Imaging Institute of South Florida
603 N. Flamingo Road, Suite 155
Pembroke Pines, FL 33028

Teléfono: 954-981-6668
Fax 954-981-5944

Para liberar información sobre la salud en el paciente anterior con el fin de:

- Continuación de la atención médica y tratamiento
- Otro: _____

A la siguiente parte:

Nombre _____ Telefono () _____ - _____
Direccion _____ Fax () _____ - _____
Estado / Ciudad _____ Código Postal _____

Información para liberar:

Los registros médicos actuales

Esta autorización vencerá

el [fecha] ____ / ____ / ____ o a [evento] _____ y a no más tardar 90 días después de la fecha en que se firmó. Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento por el paciente por escrito, proporcionando la información ya no ha sido revelada. Planned Parenthood de Western Washington no condicionará el tratamiento o la prestación de servicios en la realización de esta autorización. Esta información no debe ser divulgada por el destinatario sin autorización adicional o consentimiento del paciente, a menos que la ley exige.

Firma _____ Fecha Firmado ____ / ____ / ____