

PET Imaging Institute of South Florida
Autorización para la Liberación de Registros Médicos

Numero del Paciente: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Número de Seguro Social: _____

Dirección del Paciente: _____

De: PET Imaging Institute of South Florida (954) 981-6668

Para: _____

Dirección: _____

Le autorizo a proporcionar todos los registros médicos y otra documentación en su poder con respecto a mi cuidado y tratamiento a PET Imaging Institute of South Florida

Entiendo que estos registros pueden contener información de otros proveedores de atención médica, así como la información, que es de naturaleza administrativa. Yo específicamente consentimiento para la divulgación de cualquier información contenida en el expediente médico, que puede referirse a la infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), SIDA, o los registros relacionados.

Yo autorizo a usted para transmitir esta información por fax (**registros médicos**). Yo autorizo a liberar la información personal (**imágenes**) a un representante autorizado de PET Imaging Institute of South Florida se considere necesario.

Te libero de cualquier responsabilidad por incumplimiento de la confidencialidad, la mala dirección o transmisión, o falta de recepción de la transmisión si mis registros son transmitidos por fax.

Esta autorización es válida hasta que sea revocada mediante notificación escrita a PET Imaging Institute of South Florida. Por la presente renuncia a cualquier privilegio que pueda tener a dicha información. He leído y entiendo completamente esta autorización para la divulgación de registros médicos. Todas las declaraciones en blanco que requiere la terminación fueron rellenas antes de firmar esta autorización para la divulgación de registros médicos.

Representante Legal / Paciente

Fecha

Testigo