



Permiso para divulgar informacion

De acuerdo con lo requerido por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Medico de 1996, tiene derecho a solicitar que las comunicaciones concernientes a su información personal de salud se realicen por intermedio de canales confidenciales. Bristol Park Medical Group no le preguntara el motivo de su solicitud y realizara todos los esfuerzos a su alcance para satisfacer todas las solicitudes razonables. Se debe proporcionar un metodo de contacto.

Yo, _____, autorizo a los medicos y empleados de Bristol Park Medical Group (BPMG) a que divulguen la informacion relacionada con mi salud personal, según se indica a continuación. Este pedido anula cualquier solicitud anterior relacionada con la divulgacion de informacion que pueda haber hecho.

BPMG puede divulgar informacion sobre mi cita, resultados de estudios, condiciones medicas, opciones de tratamiento e información financiera a las personas mencionadas aquí: (ESCRIBA NOMBRES EN LETRA IMPRENTA)	
BPMG puede utilizar los siguientes metodos para comunicarme la información mencionada previamente:	
<input type="checkbox"/> Telefono	<input type="checkbox"/> Correo
<input type="checkbox"/> BPM DocsOnline (Sistema de correo electronico seguro)	
BPMG puede utilizar los siguientes telefonos para contactarme a mi o a las personas indicadas arriba:	
<input type="checkbox"/> Trabajo :	<input type="checkbox"/> Casa:
<input type="checkbox"/> Celular:	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> BPMG puede <input type="checkbox"/> BPMG no puede dejar mensaje en mi contestador o correo de voz.	
Nombre del Paciente (<i>letra imprenta</i>):	
Firma:	Fecha:
Nombre del padre o tutor si el paciente es un Menor:	
Nombre del padre o tutor (<i>letra imprenta</i>):	Relacion: