

Nombre de Paciente _____

Fecha de nacimiento _____

PROTEGIDA INFORMACION DE SALUD CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACION

Yo autorizo mi consentimiento a BAY AREA ENT SPECIALISTS, LLP para liberar INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA a la persona o instalacion descrita abajo. Esto va a incluir alguno o todos resultados de diagnostico y/o terapeutico examen (incluyendo VIH examen), laboratorio, o mi condicion medica.

_____ Relacion al paciente _____

_____ Relacion al paciente _____

RECONOCIMIENTO DE REVISION DE LA NOTA DE PRACTICA PRIVADA

Yo e revisado esta nota de la oficina de Practica Privada, que explica como mi informacion medica va a ser usada y revelada y que yo estoy permitido a recibir una copia de este documento.

Iniciales

CONSENTIMIENTO DE AUTORIZACION DE ASISTENCIA DE SALUD

Y aqui autorizo los medicos de BAY AREA ENT SPECIALISTS, LLP y otros proveedores afiliado con BAENT para liberar informacion de salud protegida adquirido en el curso de mi tratamiento a mi compania de seguro, empleado, o tercer persona requiera para reclamos sometidos, calidad asegurada, administracion de plan de salud, o queja. Yo comprendo que la informacion especifica que va ser liberada puede incluir pero no sera limitada a los diagnosticos, historial, y/o tratamiento relacionado con enfermedades incluyendo VIH y SINDROME DE IMMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA). Yo autorizo que se aga pago directo a los medicos de BAY AREA ENT SPECIALISTS, LLP o otros proveedores para todos o cualquier medico o serugia rendidos. Yo comprendo que si algun servicio o cargo no son cubridos o si BAENT no fue posible de verificar elibilidad, yo sere responsable de todos los cargos incurridos al tiempo de servicio. Y aqui voluntario consiento a la Asistencia de Salud encarecimiento procedimiento diagnostico y tratamiento de mis medicos, y mis medicos, asistentes, asistentes, y otros medicos proveedores, a comosea necesario a si lo requiera mi medico. E confiado en mi medico para informacion y reconozco y considero que garantia no a sido hecha para mi cura. Esta forma a sido explicada plenamente y yo certifico que comprendo lo contenido.

Firma de Paciente, Padre, Guardian o Persona Responsable:

Fecha:
