



Consentimiento Para Divulgación de Archivos Medicos

Yo, _____ por este medio autorizo a empleados de Front Range ENT & Audiology poder divulgar or recibir informacion medica / archivos medicos que pertenesen a:

Nombre de Paciente: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Fecha de Hoy: _____

Numero de Telephone : _____

_____ Firma de Paciente o Representante Legal

Yo solicito que _____ se manden mis archivos medicos a la oficina que sigue con el conosimiento que yo e solicitado la divulgación de mi informatción medica.

Intención: _____ Tranferencia de cuidado medico _____ otro _____

Por favor seleccione uno o mas de los que siguen:

_____ Mande a:	_____ Mande a:	_____ Mande a:
Front Range ENT	_____	_____
6500 29 th St, Suite 106	_____	_____
Greeley, CO 80634	_____	_____
Tel.#: 970-330-5555	_____	_____
Fax#: 970-584-1055	_____	_____

Mis Derechos:

Yo intiendo que no soy obligado(a) a firmar esta autorización en orden de recibir beneficios medicos (tratamiento, pago o inscripción) Por mas que, Si; tengo que firmar una autorización:

- *Para compartir en cualquier estudio de investigación. O
- *Para recibir tratamiento medico cuando el propósito es para crear información medica para un tercer partido.

Yo puedo revocar esta autorización con aviso escrito. Si la revoco, no afectara las acciones ya tomadas por las oficinas mencionadas arriba segun esta autorización. Puede ser que no pueda revocar esta autorización si el proposito era para obtener seguro medico. Dos modos de rocar esta autorización son:

- *Completar una forma de revocación que se le puede proveer por esta oficina, O
- *Escribir una carta a esta oficina.

En cuanto esta oficina divuje su information medica, la person o organización que recibio la información podra divulgar la información de nuevo y las leyes de privacidad no aplicaran o podran proteger la información medica.