



Health Information Management Department
 PO Box 431 Port Chester NY 10573
 Fax: (914) 682-6415
 Email: medicalrecords@westmedgroup.com

AUTORIZACIÓN

para comunicar verbalmente de información médica

Nombre del paciente: _____ Teléfono: _____

Dirección del paciente :
 Calle, ciudad, estado, código postal

Registro médico #: _____ Fecha de nacimiento: _____
 DD MM AA

"Yo autorizo a WESTMED Medical Group a divulgar verbalmente mi información médica (información relativa a mis registros medicos y/o registros financieros) como indica debajo."

INFORMACIÓN PUEDE COMUNICAR A (Relación):
 Esposo(a) Hijo(a) Amigo(a) Otro(a) _____ Esposo(a) Hijo(a) Amigo(a) Otro(a) _____

Nombre _____ Nombre _____

Dirección _____ Dirección _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____

Teléfono _____ Teléfono _____

DESCRIPCIÓN DE INFORMACIÓN A DIVULGAR VERBALMENTE:
 El médico(a) puede comunicar información médica a la persona arriba. WESTMED puede comunicar informaciones financieros relativa a mi tratamiento.
 Resultados de labretorios /radiologico (limitado a comunicacion verbalmente)
 Otro _____
 Registros médicos de _____ hasta _____
 Todos médcas/financieros informaciones. Información limitado a _____

TO BE READ AND SIGNED BY PATIENT:

- Entiendo lo siguiente:
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento si envío una notificación escrita a WESTMED.
 - No puedo revocar esta autorización si WESTMED ya ha realizado acciones en base a esta autorización o si se obtuvo la autorización como una condición del acceso a la cobertura de un seguro.
 - WESTMED no condicionará el tratamiento ni el pago en base a que yo firme esta autorización.
 - Firmo esta autorización libremente y sin que haya sido sometido a ninguna presión por parte de ninguna persona para hacerlo.
 - Reconozco que he tenido la oportunidad de revisar esta autorización y entiendo su propósito y uso.
 - Puedo recibir una copia de esto completado y firmado autorización.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del representante del paciente: _____ Relación: _____ Fecha: _____

SOLAMENTE PARA USO DE LA OFICINA:
 I.D. Verified: Type _____ Initials _____