

Physician Group

OF UTAH, INC.

AUTORIZACIÓN Y EXENCIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA Y FINANCIERA

Este formulario de autorización y exención es para su protección. La Ley H.I.P.A.A. (Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico) de 1996 se creó con el único fin y propósito de proteger los registros médicos y la información financiera de los pacientes. Rogamos completar este formulario para permitirnos ofrecerle un mejor servicio y proteger su información privada. Apreciamos su atención ante este tema delicado. Sea específico al designar sus opciones.

Autorizo al personal de Physician Group of Utah, Inc. a divulgar INFORMACIÓN FINANCIERA a las siguientes personas:

CÓNYUGE: _____

PAREJA: _____

PADRE/TUTOR: _____

OTRO: _____

Autorizo al personal de Physician Group of Utah, Inc. a divulgar INFORMACIÓN MÉDICA a las siguientes personas:

CÓNYUGE: _____

PAREJA: _____

PADRE/TUTOR: _____

OTRO: _____

Autorizo al personal de Physician Group of Utah, Inc. a dejarlos resultados de exámenes de laboratorio o radiología en mi correo de voz llamando a los siguientes números de teléfono:

Número de teléfono particular: _____ Teléfono celular: _____

Otro: _____

Registro médico núm.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Firma del paciente/padre o tutor/representante personal

Fecha