

AUTORIZACIÓN ESTÁNDAR DE USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Esta **autorización estándar** otorga a los médicos y al personal del TEXAS CENTER FOR DIGESTIVE HEALTH su permiso para hablar o dar documentación escrita sobre su información médica a la persona / personas que ha designado.

Nombre de la persona y organización: (COMPLETO EN LA PÁGINA DE FIRMA)

Fecha de vencimiento de la autorización

Esta autorización es efectiva sin vencimiento a menos que sea revocada o cancelada por el paciente o el representante personal del paciente.

Derecho a rescindir o revocar la autorización

Puede revocar o cancelar esta autorización enviando una revocación por escrito a TEXAS CENTER FOR DIGESTIVE HEALTH. Debe ponerse en contacto con el TEXAS CENTER FOR DIGESTIVE HEALTH para finalizar esta autorización.

Potencial de revelación

La información que se divulga bajo esta autorización puede ser divulgada nuevamente por la persona u organización a que es enviado. La privacidad de esta información puede no estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.

Autorización previa de registros médicos

Si fue un paciente anterior de Memorial-Katy Gastroenterology Consultants, podemos acceder a sus registros anteriores con tu permiso.

Nombre y firma del paciente: (COMPLETO EN LA PÁGINA DE FIRMA)

Nombre y firma del representante del paciente: (COMPLETO EN LA PÁGINA DE FIRMA)

POLÍTICA DE CANCELACIÓN

Hay un cargo de \$ 50.00 por todas las citas y un cargo de \$ 200.00 por todos los procedimientos para los que no se presente, o que no se cancelan ni se reprograman dentro de un aviso de 24 horas.

Yo, (COMPLETO EN LA PÁGINA DE FIRMA), reconozco la declaración anterior y honraré esta propuesta firmando a continuación.

Firma del paciente: (COMPLETO EN LA PÁGINA DE FIRMA)