



INTERNAL MEDICINE
ALAN R. KUTNER, M.D.
IVAN M. JONAS, M.D.
JANE S. COHEN, M.D.
MARTIN DROST, M.D.
LEILANY IRIZARRY-COLON,
M.D. BRIAN G. PACHTER, D.O.
DANNY ABOUEKDE, D.O.

**GASTROENTEROLOGY
& ENDOSCOPY**
DAVID COHEN, M.D.
ARIN H. NEWMAN, M.D.
DANIEL L. WOLFSON, M.D.

AUTORIZACION PARA DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Por la presente autorizo **PHYSICIANS GROUP OF S. FL, PA** para liberar mis registros médicos y / o información de salud protegida incluyendo las partes, en su caso, de mis registros médicos relacionados con el diagnóstico o tratamiento de las pruebas del VIH, drogas o alcohol y el tratamiento de tratamiento psiquiátrico a:

Nombre : _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo de Area: _____

Abogado: _____ Tutor Legal: _____



Esta autorización es para la fecha indicada (s) de tratamiento de _____ a: _____

Por favor, especifique la parte (s) de las historias clínicas solicitadas: _____

Al autorizar la liberación de los registros antes mencionados, entiendo que los expedientes médicos son confidenciales y no pueden ser divulgados sin el consentimiento expreso por escrito de la persona a la que pertenecen, o según lo permitido por la ley. También entiendo que, según lo regulado en las normas HIPAA, una vez que los registros se liberan, el custodio de expedientes o sus empleados no tienen ninguna responsabilidad u obligación que pueda surgir en relación con cualquier aspecto de esta autorización.

Además, entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto cuando su divulgación ya se ha hecho o en presencia de la finalidad para la cual se autoriza la divulgación.

La autorización para la divulgación de la información (a menos que expresamente haya sido revocada antes) expira seis (6) meses a partir de la fecha en que se firmó la liberación por parte del paciente o agente autorizado.

Estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad por el pago de la tarifa a cobrar por la información solicitada. Entiendo que los honorarios son permitidos por la ley de la Florida. La tarifa de la copia no se aplica sólo cuando son fotocopias de los fines de atención médica continua.

Firma del Paciente

Nombre del Paciente

Fecha

Firma del Testigo

Nombre del Testigo

Fecha

Mt. Sinai Medical Center
4300 Alton Rd Suite 810
Miami Beach, Florida 33140
Tel: 305-674-5925 *Fax: 305-674-5927

Causeway Square
1801 NE 123rd Street Suite 405
North Miami, Florida 33181
Tel: 305-692-6100* Fax: 305-692-6101