

AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR INFORMACIÓN DE SERVICIOS MEDICOS

Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Yo solicito y autorizo a Speech Solutions Inc. liberar información de salud del paciente mencionado arriba a:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Esta solicitud y autorización se aplica a:

_____ Información de servicios médicos relacionados con el siguiente tratamiento, condición o fechas: _____

_____ Toda la información de servicios de salud _____ Otro: _____

Firma del Paciente / Firma del Guardián Legal

Fecha

Regulaciones de privacidad requieren que tengamos comunicados firmados por nuestros pacientes para que podamos hablar con familiares, amigos y otras relaciones con respecto al tratamiento médico. Cada persona debe ser enlistada individualmente y por nombre. Por favor escriba el nombre, parentesco y número de teléfono para cada persona a quien usted autoriza la liberación de su información personal de salud. Además, al firmar este documento, usted reconoce que ha leído y entendido el Aviso de Prácticas de Privacidad. He entiendo que Speech Solution, Inc. pueden usar o divulgar mi información personal de salud con el propósito de llevar a cabo el tratamiento, obtener el pago, la evaluación de la calidad de los servicios prestados y las actividades administrativas relacionadas con el tratamiento o pago. Entiendo que tengo el derecho de restringir el uso de mi información de salud personal y divulgada para operaciones de tratamiento, pago y administrativa si notifico la práctica. Yo reconozco por este medio el uso y divulgación de mi información de salud personal para los propósitos señalados en la información de aviso de prácticas de Speech Solutions, Inc. Entiendo que conservo el derecho de revocar este reconocimiento mediante una notificación a la práctica en cualquier momento.

Nombre

Relación

de Teléfono

Nombre

Relación

de Teléfono

Firma del Paciente/Firma del Tutor Legal

Fecha

4260 Fayetteville Road (Upstairs)
P.O. Box 1288
Lumberton, NC 28359
(P) 910-671-9629
(F) 910-671-9630

714 Atkinson Street
Laurinburg, NC 283522
(P) 910-277-1588
(F) 910-277-1589

106 South Lee Street
Whiteville, NC 28472
(P) 910-640-0856
(F) 910-640-0857

4902 Main Street, Suite D
Shalotte, NC 28459
(P) 910-754-3484
(F) 910-754-3485