

## Autorización para divulgar información

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Autorizo a Northwest Gastroenterology a compartir mi información médica con el representante del personal designado que se indica a continuación. Tengo conocimiento de que tengo derecho a cambiar de opinión acerca de la divulgación de mi información a la persona designada que se indica a continuación. No obstante, es mi responsabilidad informar a Northwest Gastroenterology por escrito acerca de cualquier cambio.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación conmigo: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación conmigo: \_\_\_\_\_

### Plazo de vigencia

- Esta persona deberá tener acceso siempre.
- Un año a partir de la fecha de esta autorización.

*Al hacer clic en los casilleros a continuación, autorizo específicamente a la persona que se indica arriba a que tenga acceso a mi información médica o la capacidad para realizar cambios según se determine.*

- Acceso a toda mi información médica listada a continuación.

### Citas:

- Acceso a la hora, la fecha y el lugar y el motivo de la cita.
- Capacidad para acordar, reprogramar y cancelar citas.

### Medicamento:

- Acceso a información sobre medicamentos prescritos actualmente.
- Capacidad para solicitar o cancelar una reposición.

### Resultados de pruebas: (Incluidos, entre otros, resultados de laboratorio, de radiología y de patología)

- Acceso para solicitar resultados de pruebas.
- Acceso para recibir resultados de pruebas.

### Información financiera:

- Acceso a información de facturación.
- Capacidad para realizar pagos o acuerdos de pagos.

\_\_\_\_\_  
Firma y fecha                      Relación: \_\_\_\_\_