

**Atlanta ENT, Sinus & Allergy Associates, P.C.**

Autorización para el uso/proporción de información medica protegida

*Autorizo el uso/ Proporción de información médica descrita a continuación.*

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del Paciente: \_\_\_\_\_

**A. Persona(s)/Organización(es) a proveer la información del paciente:**

Atlanta ENT Sinus & Allergy Associates, P.C.  
5555 Peachtree Dunwoody Rd Ste. 125 Atlanta, GA 30342  
Teléfono: (404) 255-2918 Fax: (404) 255-5837

**B. Persona(s)/Organización(es) autorizadas a recibir la información del paciente:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**C. Descripción detallada de la información que puede ser revelada o proporcionada (Incluyendo fecha(s)):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Firma del Paciente/Guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**NOTA:**

Usted tiene el derecho a saber detalladamente que información está autorizada a revelar. (Ej. “Resultados de laboratorio realizados el día MM/DD/AA” o si es su historial médico completo; “Toda la información médica”). A su vez usted tiene el derecho a saber el nombre(s)/identificación de la persona(s) o organización(es) a la cual(es) la información será proporcionada. (Ej. Nombre de su médico(s)) Tiene el derecho a saber quien utilizara la información y para que será utilizada. (Ej. Dr. John Smith/Diagnostico).

Usted tiene el derecho a recibir una copia de esta forma/autorización.

Acuerdo de Confidencialidad de la información. Autorización de uso/ revelación de la información médica protegida. Esta forma no constituye una consulta legal y cubre solo Leyes Federales y no del Estado.