

Mann Ear Nose and Throat Clinic, PA

601 Keisler Drive
 Suite 200
 Cary, NC 27518
 Phone: 919-859-4744
 Fax: 919-859-5834

| <u>For office use only</u> | | |
|----------------------------|------------|----------|
| Chart # _____ | | |
| Dr Mann | Dr Spector | Dr Jones |
| Release | Release | Release |
| Y / N | Y / N | Y / N |

Autorización para la Divulgación de Información de Salud

| | | |
|-----------|----------|----------|
| último | primero | AKA |
| DIRECCIÓN | | |
| DOB: | TELÉFONO | TELÉFONO |

I autorizar: Mann Ear, Nose and Throat Clinic

| | |
|------------|-----------|
| médico: | práctica: |
| dirección: | |
| teléfono: | Fax: |

Dar información a:

**Mann Ear, Nose and Throat Clinic: 601 Keisler Dr. Suite 200, Cary, NC 27518: teléfono 919-859-4744
 FAX: 919-859-5834**

Complacer comprobar la específico documentos que aplicar a su peticiones

| | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------|
| Estudio del sueño | Prueba de alergia | Prueba de Audio |
| Resultados de laboratorio | Radiología Resultados | Resultados de la prueba |
| Operatorio informes | Visitas actuales | Todo el Registro |

Ponga comprobar junto a propósito de la solicitud

| | | |
|-----------------|--------------|---------------------------|
| Segunda Opinión | Seguro | Transferencia de Cuidado: |
| Abogado / Legal | Uso personal | Otro |

Por favor, marca la forma en que desea que sus registros enviados

| | | |
|-----|---------|-------|
| Fax | Recoger | orreo |
|-----|---------|-------|

Por favor, en cuenta: A menos restringido de otro modo anteriormente, esta autorización incluye el consentimiento para la publicación de alcohol, las drogas, la información psiquiátrica y psicológica; y toda la información relacionada con el embarazo, las enfermedades de transmisión sexual, HIV Pruebas, AIDS, y cualquier AIDS- Síndromes relacionados. También incluye información sobre el cáncer, Pruebas de cáncer, y el cáncer de Resultados.

Entiendo que Mann ENT Clinic, P.A. Puede cobrar un precio por las copias de mis registros. También entiendo que puedo ser requerido a pagar la cuota en su totalidad antes de que pueda obtener la copia.

Entiendo que puedo revocar (en cualquier momento) esta autorización. Esta autorización expira en seis meses desde la fecha de la firma.

Derechos del Paciente

Entiendo que mi tratamiento no estará condicionada a la firma de esta autorización y que tengo el derecho de negarse a firmar esta autorización. *Entiendo que la información divulgada como resultado de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por el destinatario y puede que ya no esté protegida por la ley federal o estatal.*

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización mediante el envío de una notificación por escrito a la dirección arriba indicada y que una revocación no surtirá efecto si la información ya ha sido revelado, pero se hará efectiva en el futuro. Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar o copiar la información de salud protegida, como se describe en este documento.

 Firma del Paciente / Tutor

 Fecha

 Nombre Impreso

 Relación con el paciente