



MIAMI BONE & JOINT INSTITUTE

Autorización para usar Registros Médicos

Fecha: _____

Autorización del Paciente para Usar o Divulgar Información de Salud Protegida

Yo, _____ entiendo que mi doctor está autorizado por mí para usar o divulgar mi información de salud protegida con otros propósitos que no sean los de tratamiento, pago o para operativos del cuidado de la salud. He leído esta autorización y entiendo cual información será usada o divulgada; quien puede usar y divulgar la información y quien será el destinatario(s) de dicha información. Entiendo que después de firmar esta autorización y la información sea usada o divulgada, está sujeta a ser duplicada por el destinatario(s) y que ya no será información de salud protegida. Es más, entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, de acuerdo con los pasos a seguir aquí formulados. **SE REQUIERE IDENTIFICACIÓN CON FOTO.**

Nombre del Paciente (Letra de Molde): _____

Numero de SS y Fecha de Nacimiento: _____

Numero de Tel. (Casa): _____ Celular: _____

Entrega de Registros Médicos a: _____

Por correo (Dirección): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fax (Numero): _____ 1-5 Paginas: No Cobro Rayos-X: \$10.00
 Para Recoger: 5+Paginas: \$1.00 (Cada una) Compensación de Trabajo: \$0.50

***Por favor marque los registro(s) específicos para ser entregados**

Todo el Registro Medico Resultados de Conducción de Nervio Notas de la Terapia
 Notas de la Oficina Reportes Operativos Copias de Rayos-X Otros _____

Firma de la Oficina, THI: _____

Yo, autorizo a **The Hand Institute, PL** (THI) a que divulgue información acerca de mi salud a la siguiente persona según los pasos aquí descritos (s)

Firma _____ (Marque si es Custodio)

Nombre del Custodio (Letra de Molde): _____ (si aplica)

8905 SW 87th Ave. Suite #100
Miami, FL. 33176
Phone: 305-667-8686
Fax: 305-667-8680

8940 North Kendall Drive. Suite #101E
Miami, FL. 33176
Phone: 306-667-8686
Fax: 305-908-2127

11760 Bird Road. Suite 610
Miami, FL 33175
Phone: 306-667-8686
Fax: 305-667-8680