

# GASTROINTESTINAL HEALTHCARE

Improving Your Health From The Inside Out.

2011 Falls Valley Drive, Suite 106, Raleigh, NC 27615

Phone: 919-870-1311

Fax: 919-881-0822

www.giraleigh.com

## MÉDICOS Y INFORMACION DE SALUD DE LIBERACIÓN

### AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

**PRIVACY POLICIES NOTICE ACKNOWLEDGEMENT, IN ACCORDANCE WITH THE HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT OF 1996 (HIPAA) A COPY OF OUR PATIENTS RIGHTS AND PATIENT RESPONSIBILITIES POLICIES ARE AVAILABLE AT [WWW.GIRALEIGH.COM](http://WWW.GIRALEIGH.COM).**

Yo reconozco que una copia de la poliza privada de GastroIntestinal Healthcare me fue disponible in acuerdo con el Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA). Ademas yo admito que he recibido una copia de la poliza de derechos y responsabilidades de los pacientes en GIH.

**Repere en que sin su autorización por escrito, no podemos hablar de su caso, tratamiento o su pre - y post - procedimiento instrucciones de cuidado con nadie más que a ti mismo. Necesitamos autorización expresa por escrito de usted con el fin de ser capaz de hacerlo. Por favor, indique a continuación con quién podemos hablar sobre su atención médica.**

Por la presente autorizo GastroIntestinal Healthcare (GIH) a proporcionar toda la información necesaria a las partes apropiadas, tales como compañías de seguros, médicos y abogados en relación con los tratamientos prestados.

Los registros médicos pueden ser revelados a los siguientes médicos:

---

---

---

Por favor anote cualquier partes adicionales (por ejemplo, cónyuge, hijos, pareja o persona responsable de la prestación de atención a usted) a quien la información, tales como las instrucciones postoperatorias, puede ser divulgada por GIH:

Nombre de la persona (s) (Miembro de la familia o amigo) y/o Organización

Si desea autorizar a otra persona que no sea usted para GIH para hablar con respecto a sus cuentas médicas/ responsabilidad financiera, por favor proporcione la autorización para que hablemos con ellos respecto a su cuenta:

Nombre de la persona (s) (Miembro de la familia o amigo) y/o Organización

**Fecha de expiración de la autorización:** Esta autorización es válida por un año desde la fecha de la firma que sea revocado o cancelado por el paciente o el representante del paciente.

**Derecho de terminar o revocar la autorización:** Usted puede revocar o cancelar esta autorización mediante la presentación de una revocación por escrito a GastroIntestinal Healthcare. Usted debe contactar a la privacidad / Oficial de Cumplimiento para terminar esta autorización.

**Potencial para la re-divulgación:** La información que se expone en esta autorización puede ser divulgada nuevamente por la persona u organización a la que se envía. La privacidad de esta información no puede estar protegidas por regulaciones federales de privacidad.

**No hay condiciones sobre el tratamiento o el pago:** GIH no condicionarán la prestación de tratamiento o el pago de la prestación de esta autorización.

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_  
(en letra de imprenta)

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de la firma:** \_\_\_\_\_

**Firma del Representante del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_