



Guy W. Neff, MD, MBA, FAASLD
6230 University Pkwy, Suite 201/203
Sarasota, FL 34240
~

6842 International Center Blvd
Ft. Myers, FL 33912
Phone: 941-500-3200 Fax: 941-500-4680

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER/DIVULGAR INFORMACIÓN MEDICA DEL

Nombre de Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

<p>Esto autorizará: _____</p> <p>a divulgar / obtener registros médicos generales de acuerdo con los estatutos y las regulaciones federales de la Florida (42 CFR Parte 2). También se autoriza la divulgación de cualquier información relacionada con SIDA, VIH, ARC y la realización de cualquier prueba, asesoramiento y los resultados y tratamiento de los mismos. Entiendo que mis registros tienen un estatus privilegiado y confidencial. Estoy renunciando a ese estado para el propósito contenido en esta autorización.</p> <p>Esta información se dará a conocer: de _____ a _____</p>
DR. GUY NEFF
COVENANT RESEARCH
6230 UNIVERSITY PARKWAY, Suite 203
SARASOTA, FL 34240
PHONE: 941-500-3200 FAX#: 941-500-4680

Suelte lo siguiente (fechas más recientes, a menos que se solicite lo contrario):

Para las fechas de servicio de: _____

- Procedimientos (Colon, EGD, CPRE, etc.) Laboratorios/Patologías/Radiología/Medicina Nuclear
- Otro:

No quiero que se divulgue la siguiente información de salud: _____

Envíe los registros por fax a (941) 500-4680 Atención: _____ Gracias!

Paciente o Representante legal: _____ **Fecha:** _____

* Esta información le ha sido revelada a usted a partir de registros cuya confidencialidad está protegida por la ley estatal. La ley estatal le prohíbe hacer cualquier divulgación adicional de dicha información sin el consentimiento expreso por escrito de la persona a la que pertenece dicha información, o según lo permita la ley estatal. La información divulgada puede incluir condiciones de salud sensibles, que pueden incluir, entre otras, abuso de drogas o alcohol, atención de la salud del comportamiento / servicios de salud mental, enfermedades de transmisión sexual, control de natalidad y enfermedades o pruebas genéticas, VIH, SIDA y otras afecciones. ..Esta autorización es para una divulgación continua, válida por cinco (5) años después de la fecha de mi firma. comportamiento / servicios de salud mental, enfermedades de transmisión sexual, control de natalidad y enfermedades o pruebas genéticas, VIH, SIDA y otras afecciones. ..Esta autorización es para una divulgación continua, válida por cinco (5) años después de la fecha de mi firma. En el caso de que se soliciten estos registros para otro uso que no sea el uso personal del paciente o del médico que lo atiende, es posible que se apliquen tarifas de acuerdo con el Estatuto del Estado de Florida 395.3025.