

AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO DE LA SALUD

Yo autorizo a los miembros de Borinquen Medical Centers (y a la persona la cual sea autorizada), a proveer servicios médicos, dentales, HIV/AIDS, notas de psicoterapia, de enfermería, (incluyendo anestesia local y otros), de emergencia o servicios de salud mental, abuso de sustancias y cualquier tratamiento que sea necesario.

NOMBRE DEL PACIENTE

NO. DE RECORD MEDICO

Yo autorizo a Borinquen Medical Centers a enviar y recibir de cualquier proveedor de servicios de salud, los expedientes médicos concernientes a mi tratamiento médico durante el pasado, presente y futuro; siempre y cuando sea necesario para la continuidad de mi manejo médico. De antemano todos los interesados están de acuerdo que toda la información se mantendrá estrictamente confidencial.

Usted debe entender que todos los expedientes médicos y de servicios sociales pueden ser mostrados y enviados a representantes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y de programas o proyectos patrocinados por este Departamento, con el objetivo de determinar el cumplimiento de las leyes, y regulaciones Federales que rigen a esta institución. Por favor refiérase a BMC: Aviso de Practicas de Privacidad.

Yo certifico que he leído y entendido perfectamente esta autorización para médicos y para el intercambio de expediente médicos.

FIRMA: _____

FECHA: _____

FIRMA: _____

(Firma de Padres/Guardian Menor de 18)

TESTIGO: _____