ANIL MOHIN MD, FACC, INC.
www.drmohin.com

AUTORIZACION PARA LA LIBERACION DE INFORMACION

Yo: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Por este medio solicito y autorizo:
A: _____De:_____
Dirección: _____
TEL: _____ Fax: _____
Para dar registros médicos a:

Clínica Médica Alvarado E Instituto de Cardiología
745 South Alvarado Street
Los Angeles, CA 90057

La siguiente información podrá ser dada: Mi registro completo_____.
Esta información esta siendo solicitada para el/los siguiente (s) propósito (s):
_____
_____

- Entiendo que la información puede incluir información referente a drogas o abuso de alcohol, salud mental ó información relacionada con HIV (SIDA). Libro de toda responsabilidad legal o culpabilidad que se pueda suscitar por este acto que he autorizado en esta clínica. Autorizo y entiendo que cuando esta autorización haya sido dada puede ser vuelta a dar por quien la recibe y la información podrá no ser protegida por la regularización y la privacidad federal
- Registros de otras oficinas: Anil Mohin MD solo liberará información médica ya sea documentada ó dictada por los tratamientos recibidos en esta Clínica. Si usted ha sido tratado en otro lugar, por favor llámenos para hacer arreglos de información que pueda necesitar. Esta información se vence en la siguiente fecha ____/____/____ si no se especifica entonces se vence al año después de la fecha en que fue firmado. Entiendo que esta autorización puede ser revocada por escrito, también necesito presentar mi revocación por escrito al coordinador de información de salud en la oficina del Dr. Anil Mohin. Entiendo que la revocación no será aplicada a mi aseguranza cuando la ley provee al asegurado con el derecho de protestar el reclamo bajo mi póliza. Entiendo que no se me es necesario firmar esta forma para así poder asegurar mi tratamiento de salud ó pago al menos que el tratamiento sea para casos de investigación o solicitado por terceras personas.
- La siguiente se aplica solo a archivos de Abuso de Substancias: ESTA INFORMACION ES DADA Y ESTA SUJETO A LAS PROVISIONES Y ESTATUTOS FEDERALES DE CONFIDENCIALIDAD (21 U.S.C. 1175 OR 42 U.S.C. 4582 and regulations 42 CFR. Part 2) la cual prohíbe dar a conocer mas de esta información sin ser especificada y dando su consentimiento de la persona que le concierne o conforme sea permitido por ciertas regulaciones. Una autorización general para dar información medica u otra información NO es suficiente para este propósito.

Entiendo que se me entregará una copia de esta autorización después de firmarla.

Firma del paciente o representante legal:_____ Fecha:_____
Si es firmada por el representante legal-especificar la relación hacia el paciente:
_____

Para uso de oficina solamente:
Enviado por Fax el: _____/_____/_____ a las _____ am/pm

745 SOUTH ALVARDO STREET LOS ANGELES CALIFORNIA 90057
PHONE: (213) 252-2225 FAX: (213) 252-2244