

Autorización para el suministro de información

Autorizo al Consultorio Médico West Florida Medical Group para que le comunique a mi compañía de seguro médico, Medicare u otra tercera entidad pagadora toda la información médica que ellos soliciten (incluyendo, entre otros, información sobre condiciones psiquiátricas, anemia, abuso de alcohol y drogas, VIH u otras enfermedades contagiosas). Autorizo a la Práctica Médica West Florida Medical Group para que le comunique toda la información médica al médico que me remite y a mi médico general (médico de familia). Autorizo a Consultorio Médico West Florida Medical Group para que contacte a mi compañía de seguro de salud o al administrador de mi plan de salud y para que obtenga toda la información financiera pertinente relacionada con el cubrimiento y los pagos de acuerdo con mi póliza de salud. Le solicito a mi compañía de seguro de salud o al administrador de mi plan de salud que le comunique toda esta información al Consultorio Médico West Florida Medical Group.

Acepto que estas provisiones continuarán vigentes hasta que yo le envíe una revocación escrita a Consultorio Médico West Florida Medical Group.

Firma del Padre/Acudiente Legal: _____

Fecha: _____