

Autorización para Cuidado Médico

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____
(letra de molde)

Por la presente autorizo a Grace Health a proveerme cuidado medico/dental adecuado y razonable por los estándares de hoy día. Autorizo pago directo de los beneficios de seguro médico a Grace Health, y entiendo que cualquier balance que no sea cubierto es mi responsabilidad. Autorizo la liberación de información médica a los Centros para Servicios de Medicare & Medicaid y sus agentes y a mi seguro medico para propósitos de cobro y a otros proveedores médicos para continuación de tratamiento, entendiendo que esto puede incluir archivos de tratamiento para abuso o dependencia de droga y/o alcohol; tratamiento de salud mental; o prueba, cuidado, tratamiento o informe referente a infección con VIH o enfermedades relacionadas.

(Firma del Paciente / Padre/Tutor Legal)

(Fecha)

Autorización para Liberación Verbal de Información Médica

Por la presente autorizo a Grace Health a revelar y discutir información médica con la/s siguiente/s persona/s:

Entiendo que la información revelada puede incluir medicamentos, resultados de exámenes y plan de tratamiento, incluyendo tratamiento para salud mental, dependencia o abuso de sustancias controladas y pruebas o tratamiento para VIH o SIDA. Una vez la información es revelada, no está protegida bajo reglas de privacidad federal, así que existe la posibilidad que pueda ser revelada nuevamente por la persona que recibe la información.

(Firma del Paciente/Padre/Tutor Legal)

(Fecha)