



Robeson Family Practice Associates, P. A.

EIN: 56-1903627

1002-C East 4th Ave.

Red Springs, NC 28377

Phone: 910-843-3311 | Fax: 910-843-3599

Herman Chavis, MD | Kenneth Locklear, MD

Jonathan Chavis | Kimberly McIlwain, PM

AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR INFORMACIÓN A LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA

Nombre del paciente: _____

Dirección del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento del Paciente: _____

Muchos de nuestros pacientes permiten que su miembros de la familia, como su cónyuge, padres u otras personas, puedan llamar y solicitar información médica (resultados de las pruebas, discursos sobre condiciones médicas, medicamentos y tratamiento) o información de facturación. Bajo los requisitos de HIPAA no se nos permite dar esta información a nadie sin el consentimiento del paciente. Si desea que su información médica o de facturas se divulgue al miembro de su familia o cualquier otra persona asignado por usted, debe firmar este formulario. Al firmar este formulario usted dará su consentimiento para divulgar esta información a los miembros de la familia o persona indicados a continuación. Este formulario de consentimiento no permitirá a Robeson Family Practice que divulgue cualquier otra información a estos miembros de la familia o personas. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento a cualquier momento por escrito. Autorizo a Robeson Family Practice que divulgue mi información médica y/o de facturación a las siguientes personas:

1. _____ Relación a Paciente: _____

2. _____ Relación a Paciente: _____

3. _____ Relación a Paciente: _____

Nombre Completo del Paciente (Escrito): _____

Firma del Paciente:: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN PARA DEJAR MENSAJES CON MIEMBROS DE SU HOGAR

Ocasionalmente, será necesario que el personal de Robeson Family Practice deje mensajes para los pacientes. El propósito de estos mensajes es para pero no limitado a recordar a los pacientes que tienen una cita, notificar al paciente que el personal médico desearía discutir o informarlos de los resultados de una prueba, o pedirle a un paciente que llame a nuestra clínica en relación de un problema o preocupación. En ningún momento un representante de Robeson Family Practice discutirá su condición médica sin su consentimiento. El propósito de este consentimiento es para poder hablar y dejar mensajes con los miembros de su hogar. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento a cualquier momento por escrito.

Nombre Completo del Paciente (Escrito): _____

Firma del Paciente:: _____ Fecha: _____