

Autorización para el suministro de información

Autorizo al Consultorio Médico Shadow Creek Medical Associates 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 Shadow Creek Medical Associates 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 Shadow Creek Medical Associates 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 Shadow Creek Medical Associates.

Acepto que estas provisiones continuarán vigentes hasta que yo le envíe una revocación escrita a Consultorio Médico Shadow Creek Medical Associates.

Firma del Padre/Acudiente Legal: _____

Fecha: _____