



RIO GRANDE MEDICINE

AUTORIZACION PARA PUBLICAR REGISTROS MEDICOS

JULIO A SAVINON MD

EDDY E BERGES CHEZ MD

Maricruz Bloomquist APRN, MNS, FNP-BC Kady M Vega APRN, MNS, FNP-C

Autorizo a RIO GRANDE MEDICINE a divulgar toda o parte de la información médica sobre mí, incluidos los resultados y el diagnóstico de las pruebas de AIDS / HIV; abuso de drogas / alcohol y diagnóstico psiquiátrico y registro de tratamiento a mi (s) compañía (s) de seguros. Además, autorizo sin más acciones por parte de mí; dicho médico divulgará la totalidad o parte de mi registro a cualquier persona o corporación (incluidas, entre otras, compañías de servicios médicos o de hospitales, compañías de seguros, compañías de compensación de trabajadores, agencias de asistencia social y / o mi empleador) que sea o pueda ser responsable bajo un contrato con (1) cualquiera de los médicos / proveedores mencionados anteriormente, (2) el paciente, (3) un miembro de la familia o (4) el empleador del paciente, por la totalidad o una parte de la tarifa del médico por los servicios prestados. Este aviso está vigente hasta que yo proporcione otro aviso. Además, autorizo a los médicos mencionados anteriormente a divulgar mi número de seguro social en lo que respecta a la presentación de reclamos de seguro y al intercambio de información de registros médicos autorizados.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO

Solicito que los beneficios autorizados de Medicare u otros beneficios de seguro se realicen en mi nombre a cualquiera de los médicos / proveedores mencionados anteriormente para los servicios médicos prestados.

Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar a la Administración de Atención Médica y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o beneficios pagaderos de servicios relacionados.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____