

Beck and Cale Physical Therapy/Coastal Hand and Occupational Therapy

- 201 N. College Dr., Ste. 203, Santa Maria, CA 93454 (805) 922-1724 (805) 922-2765-fax
- 255 N. Wilson St., Ste. C, Nipomo, CA 93444 (805) 929-3230 (805) 929-3232-fax
- 2028 Village Ln., Ste. 102, Solvang, CA 93463 (805) 686-4642 (805) 576-7961-fax

Autorizacion para el Proposito/Divulgar Informacion de Salud Medica

Proposito: Para ayudar a todos los terapeutas en el curso de mi cuidado y tratamiento de terapia fisica/ ocupacional en esta oficina.

Mi consetimiento voluntario en la entrega y divulgacion de mi informacion de salud personal a Beck and Cale Physical Therapy/Coastal Hand and Occupational Therapy.

(Paciente que marque la caja indicada abajo solamente)

- Toda la informacion de salud medica que el proveedor tenga en su possession.
- Excepcion de: _____

Yo entiendo que la informacion presentada en esta divulgacion sera revelada segun las instrucciones de esta divulgacion dentro de dos (2) dias de negocio despues de que la oficina de Beck and Cale Physical Therapy/Coastal Hand and Occupational Therapy haya recibido esta autorizacion. Entiendo que yo tengo el derecho de revocar esta autorizacion de divulgacion en cualquier momento por medio de notificar a Beck and Cale Physical Therapy/Coastal Hand and Occupational Therapy por escrito. Tambien entiendo que la informacion revelada a causa de esta autorizacion puede volver a ser divulgada y no permanece protegida por las Reglas de Confidencia (54 C.F.R. 164). Esta autorizacion es valida por un plazo de 12 meses.

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente/Guardian

Fecha

PERSONAL DE LA OFICINA PARA LLENAR LA PARTE DE ABAJO SOLAMENTE

To: _____ Fax #: _____