

NOTE: Please just sign at the bottom . We will complete the rest if we need to request any records pertinent to your care & treatment .



**VeinSpecialists**  
OF TAMPA

Autorización para divulgación de información

Patient Name: \_\_\_\_\_ D.O.B: \_\_\_\_\_ S.S.#: \_\_\_\_\_

Estoy solicitando información from:

La información específica para ser lanzado es:

( X ) Me gustaría mi información de salud protegida que se lanzarán a:

Gary H Dworkin, MD  
Especialistas de vena de Tampa, LLC  
2835 w. calle De León, Suite 102  
33609 Tampa, Florida

(813) 374-9002 FAX: (813) 374-9093

Especialistas de vena de Tampa, LLC u otro centro llamado tiene permiso para lanzar cualquier y toda información que posea la instalación nombre con respecto a exámenes y tratamientos, el paciente incluyendo pero no limitado a, abuso de alcohol, información sobre abuso de drogas, información de pruebas de anticuerpos VIH, información psiquiátrica o psicológica, información de enfermedades transmisibles, o cualquier otra información relacionada con el tratamiento del paciente total. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento y debe hacerlo por escrito. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información de salud protegida (PHI) que ya ha sido revelada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros, cuando la ley establece que mi compañía de seguros con el derecho a impugnar una reclamación bajo la póliza. Yo debo presentar mi revocación escrita Departamento de registros médicos en especialistas de vena de Tampa, LLC. Entiendo que la divulgación de mi información de salud protegida (PHI) lleva consigo el potencial de re-divulgación por parte del receptor y la PHI puede no estar protegida por las normas federales de privacidad. Especialistas de vena de Tampa, LLC no puede condicionar tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios en esta autorización firmada.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma:

Relación con el paciente: ( ) (paciente) guardián Natural ( ) de (Representante Legal) representante autorizado

Información sobre VIH, SIDA, alcohol, drogas, información psiquiátrica o psicológica, está protegido por ley estatal/federal. Usted no hará ninguna otra revelación de esta información sin lanzamiento específico del escrito e informado de la persona a quien se pertenece, o lo permitido por la ley federal/estatal.

2835 W. De Leon Street, Suite 102, Tampa, FL 33609

Phone: 813-374-9002

Fax: 813-374-9093

www.tampaveinspecialists.com