



INTERNAL MEDICINE
ALAN R. KUTNER, M.D.
IVAN M. JONAS, M.D.
JANE S. COHEN, M.D.
MARTIN DROST, M.D.
JASON L. RADICK, M.D.
LEILANY IRIZARRY-COLON, M.D.
BRIAN G. PACTHER, D.O.
BARBARA CORREAL PEREZ, M.D.

**GASTROENTEROLOGY
& ENDOSCOPY**
DAVID COHEN, M.D.
ARIN H. NEWMAN, M.D.
DANIEL L. WOLFSON, M.D.

AUTORIZACION PARA DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Nombre del Doctor: _____ Telefono # _____

Direccion: _____

Por la presente autorizo _____ para liberar mis registros médicos y / o información de salud protegida incluyendo las partes, en su caso, de mis registros médicos relacionados con el diagnóstico o tratamiento de las pruebas del VIH, drogas o alcohol y el tratamiento de tratamiento psiquiátrico a:

PHYSICIANS GROUP OF SOUTH FLORIDA, P.A.

4300 Alton Rd Suite 810
Miami Beach, Florida 33140
Tel: 305-674-5925 *Fax: 305-674-5927

1801 NE 123rd Street Suite 405
North Miami, Florida 33181
Tel: (305)692-6100* Fax :(305)692-6101

Esta autorización es para la fecha indicada (s) de tratamiento de: _____ a: _____

Por favor, especifique la parte (s) de los expedientes médicos solicitados: _____

Al autorizar la divulgacion de los record mencionados anteriormente, entiendo que la informacion medica es confidencial y no puede ser divulgada sin un consentimiento en escrito por la persona pertinente or permitida por la ley.

Tambien entiendo que, segun lo regulado en las normas HIPAA, una vez que los registros se liberen, el custodio de expedients o sus empleados no tienen ninguna responsabilidad que puedan surgir sobre cualquier aspecto de esta autorizacion.

Además, entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto cuando su divulgación ya se ha hecho o en presencia de la finalidad para la cual se autoriza la divulgación.

La autorización para la divulgación de la información (a menos que expresamente haya sido revocada antes) expira seis (6) meses a partir de la fecha en que se firmó la liberación por parte del paciente o representante autorizado

Estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad por el pago de la tarifa a cobrar por la información solicitada. Entiendo que los honorarios son permitidos por la ley de la Florida. La tarifa de la copia no se aplica sólo cuando son fotocopias de los fines de atención médica continua.

Firma del Paciente

Nombre del Paciente

Fecha

Firma del Testigo

Nombre del Testigo

Fecha

Mt. Sinai Medical Center
4300 Alton Rd Suite 810
Miami Beach, Florida 33140
Tel: 305-674-5925 *Fax: 305-674-5927

Causeway Square
1801 NE 123rd Street Suite 405
North Miami, Florida 33181
Tel: 305-692-6100* Fax: 305-692-6101