

AUTORIZACION PARA ENVIAR INFORMACION MEDICA

PROVEEDOR: _____

DIRECCION: _____

Autorizo a que se le entregue toda mi información médica a Morgan-White Administrators International Inc., o a otro miembro, socio o persona designada por la Compañía. Solicito que todas las entidades sujetas a HIPAA, mencionadas arriba, entreguen toda mi información médica, incluido pero no limitado a: todo mi expediente medico, expediente hospitalario: incluyendo records como paciente interno, paciente externo y tratamiento en sala de emergencia, todo el archivo clínico, reportes, notas de consultas escritas por el doctor, correspondencia, cuentas médicas, records recibidos de otros doctores, informes de laboratorio, Rayos X y records del anestesista. Todos los cargos incurridos en conexión con esta autorización médica serán pagados por Morgan-White Administrators International, Inc.

Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento enviando una carta a Morgan-White Administrators International, Inc. Esta cancelación es efectiva al momento de ser recibida en la Compañía.

Cualquier fax, or fotocopia de esta autorización será válida para enviar los records. Esta autorización expira dos años después de la fecha abajo escrita.

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____

FIRMA DEL ASEGURADO: _____

FECHA: _____