



GRACE FOOT AND ANKLE CENTER MICHAEL J. KIM DPM D.ABFAS, FACFAS

9353 FAIRWAY VIEW PLACE SUTE 100 RANCHO CUCAMONGA CA 91730

PHONE: (909) 858 -2772 FAX: (909) 300-6324

Autorización para divulgar o utilizar información para tratamiento, pago u operaciones de atención médica

Por la presente, autorizo la divulgación o el uso de mi información de salud identificable individualmente (información de salud protegida) e información médica por **Grace Foot And Ankle Center** para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u atención médica. Debe revisar el Aviso de prácticas de privacidad de la práctica para obtener una descripción más completa de la posible divulgación y uso de dicha información, y tiene derecho a revisar dicho aviso antes de firmar este formulario de consentimiento.

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de su Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Si hacemos cambios a los términos de su Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento, puede obtener una copia del aviso revisado escribiendo a nuestra práctica o solicitando una copia al personal de recepción.

Usted conserva el derecho a solicitar que restrinjamos aún más cómo se divulga o utiliza su información médica protegida para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u atención médica. Nuestra práctica no está obligada a aceptar dichas restricciones solicitadas. Sin embargo, si aceptamos la(s) restricción(es) solicitada(s), dichas restricciones serán vinculantes para la Práctica.

ESTOY DE ACUERDO Y ACEPTO

DANDO ME INFORMACION DE LAS SIGUIENTES MANERAS:

VIA CORREO

POR FAVOR INICIAL

____ OK PARA ENVIAR POR CORREO A LA DIRECCION DE CASA

____ OK PARA ENVIAR POR CORREO A LA DIRECCION DEL TRABAJO

VIA DEL TELEFONO DE CASA

____ OK PARA DEJAR UN MENSAJE DETALLADO

____ OK DEJAR SOLO EL NUMERO DE DEVOLUCION DE LLAMADA

VIA DEL TELEFONO DEL TRABAJO

____ OK PARA DEJAR UN MENSAJE DETALLADO

____ OK DEJAR SOLO EL NUMERO DE DEVOLUCION DE LLAMADA

VIA FAX

____ ESTA BIEN ENVIAR UN FAX A: _____

FIRMAR A CONTINUACION, CERTIFICO QUE LA INFOMACION PROPORCIONADA ANTERIORMENTE ES VERDADERA Y PRECISA

FIRMA DEL ASEGURADO/GUARDIAN: _____ FECHA: _____