

HCA Physician Services
Deer Park Family Practice

Autorización para el suministro de información

Autorizo al [Deer Park Family Practice](#) para que le comunique a mi compañía de seguro médico, Medicare u otra tercera entidad pagadora toda la información médica que ellos soliciten (incluyendo, entre otros, información sobre condiciones psiquiátricas, anemia, abuso de alcohol y drogas, VIH u otras enfermedades contagiosas). Autorizo a la [Deer Park Family Practice](#) para que le comunique toda la información médica al médico que me remite y a mi médico general (médico de familia) _____.

Autorizo a [Deer Park Family Practice](#) para que contacte a mi compañía de seguro de salud o al administrador de mi plan de salud y para que obtenga toda la información financiera pertinente relacionada con el cubrimiento y los pagos de acuerdo con mi póliza de salud. Le solicito a mi compañía de seguro de salud o al administrador de mi plan de salud que le comunique toda esta información al [Deer Park Family Practice](#).

Acepto que estas provisiones continuarán vigentes hasta que yo le envíe una revocación escrita a [Deer Park Family Practice](#).

Firma del Padre/Acudiente Legal: _____

Fecha: _____