

## Autorización para el suministro de información

Autorizo al Consultorio Médico **Bayside Urgent Care** 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 Práctica Médica **Bayside Urgent Care** para que le comunique toda la información médica al médico que me remite y a mi médico general (médico de familia). Autorizo a Consultorio Médico **Bayside Urgent Care** 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 Consultorio Médico **Bayside Urgent Care**.

Acepto que estas provisiones continuarán vigentes hasta que yo le envíe una revocación escrita a Consultorio Médico **Bayside Urgent Care**.

Firma del Padre/Acudiente Legal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_