



Autorización para divulgar y obtener información

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Padre/madre o tutor legal (si lo hay): _____

Correo electrónico: _____ Número de teléfono: _____

AUTORIZACIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:

Con el objetivo de mejorar la comunicación, autorizo al personal de Columbus Speech & Hearing a comunicarse conmigo utilizando la dirección de correo electrónico que aparece arriba. Entiendo que la comunicación por correo electrónico puede contener información personal, y acepto el riesgo de una divulgación accidental o no autorizada (por hackers). Este permiso será válido hasta que lo anule por escrito.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Autorizo a CSH a compartir/intercambiar información con:

Nombre: _____

Dirección: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Restricciones/instrucciones especiales:

Sólo compartir Sólo obtener

No es necesario enviar ningún informe

Sólo compartir Sólo obtener

No es necesario enviar ningún informe

Firma: _____ **Fecha:** _____

Entiendo y acepto que este permiso permanecerá en pleno efecto y validez durante un (1) año a menos que se cancele por escrito. (Este documento da autorización general y especial para divulgar información que podría referirse al estado del VIH y al abuso y tratamiento de drogas y alcohol).

CONSENTIMIENTO

Por la presente doy mi permiso al personal de Columbus Speech & Hearing para llevar a cabo todas las actividades necesarias de diagnóstico, evaluación y tratamiento que se ocupará de las necesidades del cliente arriba mencionado.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Relación con el cliente: _____

DIVULGACIÓN: Como una cortesía a nuestros clientes, Columbus Speech & Hearing presentará reclamaciones a cualquier / todas las compañías de seguros, aunque el cliente es en todo caso responsable por el pago de los servicios. Los clientes con seguro fuera de la red serán responsables de pago en su totalidad en el momento del servicio.

Los clientes son responsables de notificarnos inmediatamente de cualquier cambio en el seguro o la información personal.

Iniciales: _____