



LINDA L. BURK, MD

**CONSENTIMIENTO
PARA EL USO Y / O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA
PARA
Tratamiento, pago, operaciones de atención médica,
Y LO CONTRARIO QUE ESTABLECE LA LEY**

Linda L. Burk, MD mantendrá un registro de la atención y los servicios que usted recibe en nuestra oficina. Esta autorización incluirá solamente la información médica protegida creada mientras usted es paciente de Linda L. Burk, MD. Su información de salud protegida pertenece a su diagnóstico y / o tratamiento en Linda L. Burk, MD, incluyendo pero no limitado a la información sobre la enfermedad mental (a excepción de las notas de psicoterapia), el uso de alcohol o drogas o las enfermedades transmisibles como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), los resultados de laboratorio de pruebas, historial médico, el progreso del tratamiento o cualquier otra información relacionada.

Al firmar este formulario, usted autoriza Linda L. Burk, uso y / o divulgación de la información de salud protegida sobre usted de MD para el tratamiento, pago, operaciones de cuidado de salud y según lo permitido por la ley. Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo Linda L. Burk, MD puede usar y / o divulgar la información protegida de salud para tratamiento, pago, operaciones de cuidado de salud y según lo permitido por la ley. Al firmar este formulario, también reconoce que ha recibido una copia de Linda L. Burk, Aviso de MD de prácticas de privacidad y la oportunidad de revisarlo antes de firmar este consentimiento.

Firma del Paciente o Representante Legal Testigo

Fecha

Autorización HIPAA: Autorizo a la persona (s) siguiente para discutir mi cuidado médico y la información de facturación / seguros con Linda L. Burk, el personal del MD de mi parte:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____