



BOARD CERTIFIED
INTERNAL MEDICINE · FAMILY PRACTICE · BARIATRIC


92 Summit Ave,
Hackensack, NJ 07601


285 Grand Ave, Bld #5
Englewood, NJ 07631

PHONE: (201) 342-0066 • FAX: (201) 342-0079

Ehab Ibrahim, MD Suhel
Ahmed, MD Marion Bobb-
McKoy, MD Roman
Prager, MD Hussain
Manji, MD Alison Barria,
APN Cassandra DeSmet,
APN

**AUTORIZACION DEL PACIENTE PARA LA UTILIZACION Y
DIVULGACION DE SU INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD**

Al firmar abajo. Usted da su consentimiento para que Ehab Ibrahim, M.D., Suhel Ahmed, M.D., and Marion Bobb -McKoy, M.D., Roman Prager, M.D., Hussain Manji, M.D., Alison Barria, APN., Cassandra DeSmet, APN, nuestro personal, oficinas asociadas para tratamiento, pagos y operaciones relativas al cuidado su la salud, utilización y difusión de su información protegida de salud. Para una descripción mas detallada de los usos y difusión con estos propósitos, por favor revise nuestro Aviso de Practicas de Información. (“Notice”). Usted tiene derecho a revisar nuestro Aviso antes de formar esta autorización.

Los Términos de este Aviso pueden cambiar. Si los términos cambian, usted puede obtener un Notice revisado, simplemente llamando a nuestra oficina al numero telefónico 201-342-0066 y pidiendo un Notice revisado. Publicaremos cualquier aviso revisado en nuestra oficina. Usted tiene derecho a solicitar que restrinjamos nuestros usos o divulgaciones de su información médica protegida que de otra manera estamos autorizados a realizar para el tratamiento, el pago y la operación de atención médica, aunque no estamos obligados a aceptar estas restricciones, las mismas, son vinculantes para nosotros. Por ultimo, usted tiene derecho a revocar esta autorización por escrito, excepto en la medida en que hayamos tomado medidas en dependencia de ellas.

ACEPTADO Y ADMITIDO POR:

(Firma del Paciente)

(Fecha)

Nombre del Paciente (Por favor escribir nombre)

O:

(Firma del Representante Personal del Paciente)

(Fecha)

Nombre del Representante Personal del Paciente
(Por favor escribir nombre)

Relación

(La información de abajo es solo para nuestro personal)

(Firma de Testigo/Personal oficina)

(Fecha)