



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

Anthony Kim, MD

**John Albanese, PA-C
Cassandra DeSmet,
APN**

Autorización Para Compartir Información Confidencial Médica

Para que esta forma sea valida, debe ser llenada completamente, incluyendo cual información nos esta autorizando a compartir.

Nombre legal del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Yo autorizo a Advance Medical Group a compartir:

- Cualquiera de mi información medica/dental, **incluyendo información sobre:**
- Enfermedades de transmisión sexual (STD) pruebas y tratamientos
- HIV/SIDA) pruebas y tratamientos*
- Diagnósticos de enfermedades mentales y tratamientos*
- Pruebas de embarazo y cuidado prenatal*
- Historial de uso y abuso de Droga y Alcohol y Tratamiento*
- Métodos anticonceptivos y planes de familia*
- Resultados de laboratorio *(nota: Firmar esta forma NO significa que daremos los resultados ds sus pruebas de STD o HIV/SIDA)*
- Las fechas, horas y razones de mis citas medicas.
- Las medicinas que estoy tomando.
- La Siguiente información

(Especifique): _____

CON LAS SIGUIENTES PERSONAS:

Nombre Completo: _____ Relación: _____

Nombre Completo: _____ Relación: _____

Nombre Completo: _____ Relación: _____

Nombre Completo: _____ Relación: _____

Nombre Completo: _____ Relación: _____

Yo entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento (Por escrito a Advance Medical Group Medical Record),pero que al cancelar no se afecta ninguna información que haya sido previamente dada. Yo entiendo que no tengo que firmar esta forma, y que solamente debo firmar esta forma si deseo que mi proveedor medico o mi clínica compartan mi información medica con alguien

Esta autorización vence: Cuando yo la cancele por _____

Si no existe fecha de vencimiento o hay si no hay algún evento especificado, esta autorización vencerá a un (1) año de la fecha de su firma.

Firma: _____ Fecha: _____

Relación con el menor o el paciente

(Padre o Representante Legal)

Si Ud. No es el padre o representante del menor, debe traer prueba de custodia, (por ejemplo: Orden de la Corte o un poder legal)

Testigo: _____ Fecha: _____