



**Centros avanzados de sueño**  
**Paciente autorización para divulgación de información**  
**médica:**

Yo, \_\_\_\_\_, dar centros de dormir avanzado (ASC) mi permiso para liberar a los siguientes miembros de familias / información de su amigo de mi expediente médico en mi ausencia. Esta versión se aplicará a la ASC, cualquier médicos y su personal que prestan sus servicios a la ASC, y cualquier equipo médico duradero (DME) personal usado para suministrar equipos médicos a mí. A menos que se indique lo contrario, esta versión permite a las entidades arriba a dejar mensajes en mi contestador/contestador, con quien contesta el teléfono de mi casa y me llaman en el trabajo.

Nombre

Relación al paciente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

EXCEPCIONES: \_\_\_\_\_

**Autorización para la liberación de historias clínicas procesar reclamaciones de seguro:**

Además autorizo avanzados centros de sueño para liberar cualquier información médica necesaria para procesar mi seguro.

Por la presente autorizo el pago directamente al proveedor de servicios (ASC) y entiendo que soy financieramente responsable por cargos no cubiertos por esta autorización.

Puede ser una tarifa en todas las cuentas, que son 90 días o más pasado debido a una tasa de ½ por ciento mensual. Entiendo que el ½ por ciento mensual se puede agregar a cualquier cuenta que tengo es de 90 días o más pasado debido y por la presente se compromete a pagar dichos cargos si impuestas. También entiendo en caso de que mi cuenta se coloca con una agencia de cobranza y honorarios adicionales por encima del equilibrio, además de los costos de cualquier tribunal que pueden sobrevenir se sumará al balance de mi cuenta.

He leído todo lo anterior y doy mi permiso para centros de sueño avanzado para liberar mi información médicas/expedientes:

**X** \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Firma del paciente/tutor requerido

\_\_\_\_\_  
Nombre en imprenta