

**DIABETES ASSOCIATES MEDICAL GROUP, INC.**

**Consienta Forma**

Paciente: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

He recibido una copia de Nota de la oficina de Política de Intimidad con respecto a los servicios médicos que recibo del encima del grupo denominado de médico o médico. Yo por la presente autorizo el encima de médico denominado y o el grupo para revelar cualquier o todo conerning de información mi condición y el tratamiento médicos, inclusive copias del hospital e historiales médicos aplicables, a:

- A. Cualquier tercero que cubre los servicios médicos del paciente:
- B. Otros profesionales de la asistencia médica y la institución implicaron en la entrega de asistencia médica al paciente;
- C. El defensor de cualquier citación legalmente suficiente, o en respuesta a un mandato judicial;
- D. Los empleados y los agentes de la práctica, al grado necesario para facilitar la provisión de servicios de asistencia médica y pago de tales servicios;
- E. Las farmacias; y
- F. Otros partidos como de otro modo necesario por la ley.

En cada caso, la práctica tomará resonable pasos para asegurar que sólo la información necesaria mínima sea revela de acuerdo con el arriba.

Este consentimiento es válido de la fecha ejecutó hasta que revocara en la escritura por yo mismo.

**Firmado:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_