



**BENEFICIOS DE SEGURO ASIGNADO**

Yo por este medio AUTORIZO PAGO DIRECTO POR SURIGIA/ BENEFICIO MEDICO A Ellen H. Frankel, MD, INC. pro servicios dados por ella en persona o persona bajo su supervision. Entiendo que soy responsable financieramente por cualquier balance no cubierto por mi seguro.

**AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION**

**RECIBO DE RECONOCIMIENTO DE PRACTICA DE PRIVACIDAD**

( Debe de ser presente en el record medico del paciente )

La exhibición de prácticas de privacidad, detalla como mi información medica puede ser usada y revelada como se permite por ley federal y estatal, esbozado en mis derechos con respecto a mi información.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relacion ( si no es firmado por el paciente ) \_\_\_\_\_

Deseo hacer las siguientes restricciones sobre revelación de mi información de salud:  
\_\_\_\_\_

Uso Inteno Solo (internal use only)

If the patient/patient’s representative refuses to sign acknowledgement, please document date and time notice was presented to patient and sign below.

Presented on (Date & Time) \_\_\_\_\_

By (Name & Title) \_\_\_\_\_

Ellen H. Frankel, MD  
Michael A. Bharier, MD  
Jacqueline Albrikes, MSN, ANP-BC  
Stephanie Dadario, MPAS, PA

750 Reservoir Avenue, Cranston, RI 02910  
Phone: 401-943-0761