



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR/OBTENER INFORMACIÓN DE SALUD

Lo siguiente es una autorización para la divulgación de información médica (incluida, si existe, información psiquiátrica o psicológica, información sobre enfermedades infecciosas o contagiosas, incluida información confidencial sobre VIH/SIDA), y/o información sobre el tratamiento por abuso de drogas o alcohol de los registros de salud de:

Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Celular: _____

Para ser liberado a/de: (marque uno)

Médico/Consultorio: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

☐ Informes quirúrgicos

☐ Notas de oficina

☐ Análisis de laboratorio

☐ EMG/NCV

☐ Radiología

☐ salud mental

☐ Fisioterapia

☐ Registros de urgencias

☐ notas telefónicas

Autorizo que se revele la siguiente información:

Para ser liberado a/de: (marque uno)

Médico/Consultorio: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

La razón o los propósitos de esta divulgación de información son los siguientes

☐ Problema legal

☐ reclamación de seguro

☐ otro

☐ cuidado continuo

☐ uso personal

Firma de paciente: _____ Fecha: _____

La autorización es válida por un año a partir de la fecha de firma, por favor permita de 3 a 5 días hábiles para la finalización de la solicitud.

