



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACION MÉDICA PROTEGIDA

NOMBRE DEL PACIENTE _____ (“Paciente”) Fecha de nacimiento _____

1. Entidad autorizada divulgar información del Paciente:

Nombre _____ Fax _____ Teléfono _____

2. Entidad(es) a las que pueden divulgar la información del Paciente:

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____ Fax _____

3. La información específica que debe de ser divulgada:

___ NOTAS/LABS/RADIOGRAFIA DE LOS ULTIMOS 24 MESES ___ NOTAS/LABS/ RADIOGRAFIA DE LOS ULTIMOS 12 MESES

OTRO (SE ESPECIFICO):

4. El propósito de esa revelación: _____

5. Este autorización expirará en el siguiente fecha o evento: _____

Si no fecha de expiración ni evento sea enumerado, la autorización expirara dos años después de la fecha de la autorización.

PROPORCIONAMOS LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS DE REGISTROS ELECTRÓNICOS SIN CARGO SI SON PARA EL PACIENTE U OTRO MÉDICO. Se le cobrará al paciente un cargo por copia de todo registro adicional de la siguiente manera: hasta 50 páginas \$15, 51-100 páginas \$25, y más de 100 páginas \$50. Todos los cargos deben pagados por adelantado.

Firma:

Paciente

Fecha _____

Representante Personal

Autoridad de Representante (padre, guardián, etc.)