



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

ESTA INFORMACIÓN PUEDE SER DIVULGADA POR:

Persona/Institución: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Número de Fax: _____

ESTA INFORMACIÓN NO DEBE SER DIVULGADA POR:

Persona/Institución: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Número de Fax: _____

Otro método de comunicación: _____

INFORMACIÓN A SER DIVULGADA: (marque sus iniciales en la selección)

- ____ Historial Clínico General, incluyendo ETS y TB
- ____ Notas de Proceso
- ____ Historial médico y Resultados de los Exámenes Físicos
- ____ Vacunas
- ____ Planificación Familiar
- ____ Archivos Prenatales
- ____ Consultas Médicas
- ____ Infecciones de Transmisión Sexual
- ____ Otros: (Especificar) _____

Expreso mi selección deseada)

- ____ Resultados de Exámenes de Laboratorio
- ____ Diagnóstico de Tratamiento
- ____ Exámenes de Imagen
- ____ Intervención Terapéutica

PROPOSITO DE LA DIVULGACIÓN:

- ____ Continuar el tratamiento médico
- ____ Otro (Especificar) _____

FECHA DE EXPIRACIÓN:

de expiración: _____

RE-DIVULGACIÓN: Entiendo que una vez que la información indios...

persona/servicio que la recibe, yo y cualquier otra información que se me no estar protegida por...

CONDICIONES:

Si yo me...

ANULACIÓN: Entiendo que tengo el derecho a anular en cualquier momento esta autorización...

debe ser por escrito y presentada al de...

dado a conocer como respuesta a esta autorización, y yo entiendo que...

y Medicare.

Firma:

Escriba su Nombre

Relación del Representante Legal con el...

Tiempo

Fecha

CIEN...

ID#:

DOB: