



Información del paciente: Doy permiso para liberar la información de salud de:

Nombre del paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Liberar información de:

Liberar información a:

(Nombre de establecimiento o medico apropiado)

(Nombre de establecimiento o medico apropiado)

(Dirección)

(Dirección)

(Número de teléfono) (Número de fax)

(Número de teléfono) (Número de fax)

Por favor marque uno: _____ comunicación o _____ Liberar registros actuales
Esta forma es válida hasta: _____ (Si no hay fecha insertada, es válido por 1 año a partir de la fecha firmada abajo)

Por favor marque todas las que aplican de lo que quiere liberar:

Las visitas de consultorio /
Notas de Progreso

Evaluación clínica integral

Historia clínica
completo del paciente

Los reports de
laboratorio

Medicamentos

Otro: _____

Propósito de liberación (Por favor
marque uno):

Continúo de paciente

Seguro

Propósito legal Otro: _____

DERECHOS DEL PACIENTE - Yo entiendo que:

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento notificando al Departamento de Registro Médico de la organización mencionada arriba. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido liberado en respuesta a esta autorización. Entiendo que puedo solicitar para inspeccionar o obtener una copia de la información utilizada o liberada. Yo entiendo que mi tratamiento no puede estar condicionado a la firma de esta autorización a menos que esté siendo tratado para que un tercero pueda recibir información sobre mi salud, como empleador para una evaluación de regros al trabajo o compañía de seguros para su elegibilidad. Si el paciente es menor de edad, el padre o gaurdian debe firmar. Entiendo que esta autorización tiene validez por 1 año después de la fecha de mi firma a menos que se indique lo contrario.:

Reconozco y presente consiento que la información liberada puede contener alcohol, abuso de drogas, VIH, resultados psiquiátricos o información sobre el SIDA,

Autorizo la liberación de cualquier registro con respecto a las drogas, el alcohol o el tratamiento de la salud mental de la persona que aparece arriba.

Firma: _____

Relación con el paciente: _____

Imprimir Number: _____

Fecha: _____