



Información del paciente

Doy permiso para liberar la información

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 médico apropiado) _____

(Nombre de establecimiento o médico apropiado) _____

(Dirección) _____

(Dirección) _____

(Número de teléfono) _____

(Número de fax) _____

(Número de teléfono) _____

(Número de fax) _____

Por favor marque : ____ Comunicación Verbal (teléfono)

____ Comunicación Escrita (el correo electrónico)

____ Liberar registros actuales (registros médicos)

Esta forma es válida hasta: _____ (Si no hay fecha insertada, es válido por uno año a partir de la fecha firmada abajo)

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

☐ Evaluación clínica integral

☐ Las visitas de consultorio / Notas de Progreso

☐ Historia clínica completa del paciente

☐ Los reportes de laboratorio

☐ Medicamentos

☐ Otro: _____

Propósito de liberación (Por favor marque uno):

☐ Continuo 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 liberada 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 compañía de seguros para su elegibilidad. Si el paciente es menor de edad, el padre o guardián debe firmar. Entiendo que esta autorización tiene validez por uno año después de la fecha de mi firma a menos que se indique lo contrario.

☐ Reconozco y presento consentimiento 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 Nombre: _____

Fecha: _____