DE BACA FAMILY PRACTICE CLINIC

Where your health matters

Información Médica Formulario de Autorización

Nombre_____ Fecha de nacimiento____/____/___

Liberación de Información

[ ] Yo autorizo la entrega de mi registro completo de la salud (incluyendo los registros relacionados con la salud mental, la enfermedades transmisibles, el VIH o el SIDA y el tratamiento de abuso de alcohol o drogas).

O

[ ] Yo autorizo la entrega de mi registro de salud completo con la excepción de los siguientes datos:

[ ] Registros de Salud Mental
[ ] Las enfermedades transmisibles (incluido el VIH y el SIDA)
[ ] El tratamiento de abuso de drogas/alcohol.
[ ] Otros (especificar):_____

Autorizo la divulgación de información para:

[ ] Esposo/a_____
[ ] Hijo/a_____
[ ] Otro_____
_____
_____

Esta autorización para la divulgación de la información abarca el período de cuidado de la salud a partir de:

[ ] _____ a _____

O

[ ]Todos los pasados, presentes y futuros periodos.

Esta **Divulgación de Información** permanecerá en efecto hasta que sea terminado por mí por escrito.

Firmado por:_____ Fecha_____/____/____

Revisado 04/21/2016