

Formulario de Información Medica (Formulario de autorización de HIPPA)

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Autorización de Información

Autorizo la divulgación de información, incluyendo el diagnóstico, registros, examen rendido a mí y reclamos de información. Esta información puede ser divulgada a:

Conyugue: _____

Hijo/a: _____

Otra Persona: _____

La información no debe darse a nadie

Dicha información permanecerá en efecto hasta que se cancele por escrito.

Mensajes

Porfavor llame: Casa trabajo telefono mobil _____

Si no puede contactarme:

Puede dejar un mensaje detallado

Por favor deje un mensaje pidiéndome para devolver la llamada

O: _____

Mejor hora para localizarme es (dia) _____ (hora) _____

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Testigo: _____ Fecha: ____ / ____ / ____