



**Forma de Autorizacion Para
Revelar Informacion de Salud Protegida**

Con firmando esta forma, Yo autorizo que usted use y revele la informacion de salud protegida descrito debajo a miembros de familia o otra persona que yo escoja como a sido designado en este documento.

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Pacimiento:** _____

Mi Metodo PREFERIDO de contacto es:

(marke uno que sea PREFERIDO y proporsione toda la informacion adicional de contacto debajo)

_____ Telefono (Celular/Casa/Trabajo) Mi numero es: _____

_____ Mensaje . Mi numero es: _____

_____ Correo electronico. Mi correo electronico es: _____

Marke todos los que aplique:

_____ Esta BIEN dejarme un mensaje con detalles y informacion. _____NO ESTA BIEN

_____ Esta BIEN contactarme en el trabajo. Mi numero es: _____

_____ Esta BIEN dejarme un mensaje en mi trabajo con detalles y informacion.

_____ NO esta bien dejarme un mensaje en mi trabajo con detalles y informacion

Yo autorizo que usted discuta my historia medica y revele cualquier y toda mi informacion medica a los siguientes individuales:

(Marke todos los que aplique)

_____ Mi esposo, su nombre es: _____ Numero de telefono: _____

_____ Mis padre, su nombre es: _____ Numero de telefono: _____

_____ Mi hijo/a, su nombre es: _____ Numero de telefono: _____

_____ A nadie que no sea yo mismo

_____ Ponga el nombre de cualquier otra persona: _____

Firma de Paciente o Representante Personal

Fecha