

# Liberacion de Informacion Medica

(Forma de Liberacion de HIPAA)

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

## Liberacion de Informacion

Ademas de mi doctor primario:

- Yo autorizo la liberacion de informacion incluyendo el diagnostico y records; examanes que se me han realizado e informacion de reclamos. Apeticion, esta informacion puede ser revelada a:
- Esposo (a) \_\_\_\_\_
  - Hijo(as) \_\_\_\_\_
  - Otro \_\_\_\_\_
  - Fax \_\_\_\_\_
  - Correo \_\_\_\_\_
  - Correo Electronico \_\_\_\_\_

O

- No deseo que informacion sea revelada a nadie.

Esta Liberacion de Informacion se mantendra en efecto hasta que yo la finalice por escrito.

## Mensajes

Favor de llamar:  Casa  Trabajo  Celular

Si no se es posible encontrarme:

- Deberan dejar un mensaje detallado.
- Favor de dejar mensaje pidiendo que yo regrese la llamada.
- \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

