

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; examenes 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: _____

