

**INFORMATION DEL PACIENTE**

NOMBRE DEL PACIENT: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO: \_\_\_\_\_ CIUDAD, ESTADO Y CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA:**

**(Escoja una de las opciones, asegúrese que los nombres, direcciones y números sean correctos)**

- RECOGER PERSONALMENTE
- ENVIAR POR CORREO A MI DIRECCION ( se aplican gastos de envío y preparación)
- AUTORIZO A \_\_\_\_\_ PARA RECOGER MIS RECORDS. (REQUIRE -PHOTO ID )
- FAX A NOMBRE DE: \_\_\_\_\_ DOCTOR / CENTRO DE SALUD |PLAN |ABOGADO| OTRO| A ESTE NUMERO DE FAX \_\_\_\_\_
- ENVIAR POR CORREO – DOCTOR/CENTRO DE SALUD | PLAN |ABOGADO | OTRO | A ESTA DIRECCION: \_\_\_\_\_

**FECHAS REQUERIDAS:**

DESDE: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (MES / AÑO)- HASTA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (MES / AÑO)

- REGISTRO COMPLETO
- PRUEBAS DE DIAGNOSTICO
- OTRO (ESPECIFIQUE): \_\_\_\_\_

**MOTIVO/RAZON: CHEQUEAR TODO LO QUE APLICA:**

- CAMBIO/TRALADO DE ATENCION MEDICA
- INVESTIGACION O ACCION LEGAL
- PERSONAL (A MI PEDIDO)
- SEGURO
- OTRO (ESPECIFIQUE): \_\_\_\_\_

**ESTOS SON SUS DERECHOS CON RESPECTO A SUS REGISTROS DE INFORMATION MÉDICA:**

- Al firmar a continuación reconozco que: Puedo revocar esta autorización por escrito, pero no afectará el proceso de transferencia que ya se estén realizando con esta autorización.
- Puedo negarme a firmar esta autorización, y mi tratamiento no estará condicionado a la firma de este formulario, a menos que el propósito de mi tratamiento requiera que la información se comparta con una tercera persona (por ejemplo, una prueba de drogas para el empleo) o sea necesario por una compañía de seguro para la investigación de un reclamo / política según lo autoriza la ley, y si la firma de la autorización es una condición para obtener cobertura de seguro
- Si deseo, puedo solicitar y recibir una copia de esta autorización
- En remplazo del original, se puede usar una fotocopia o la imagen escaneada de este documento/autorización.
- Entiendo que los destinatarios pueden no estar sujetos a la ley federal y podrán compartir la información que les he autorizado a recibir

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**SI ESTÁ FIRMADO POR UN REPRESENTANTE PERSONAL DEL PACIENTE, IMPRIMA SU NOMBRE COMPLETO Y SU RELACIÓN CON EL PACIENTE**

**NOMBRE: \_\_\_\_\_ RELACION: \_\_\_\_\_**