



Fecha: _____
MRN # _____

**Formulario de Autorización para Entrega de Información Médica
(En inglés, HIPPA, a personas designadas por el paciente)**

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
____/____/____

Entrega de Información

Autorizo la entrega de mi información médica, incluyendo resultados de diagnósticos, historial de consultas médicas, exámenes, e informe de pagos. Esta información puede ser entregada a:

Esposo/a _____

Hijos _____

Otros _____

No autorizo que se entregue mi información a ninguna persona.

Esta autorización estará en efecto hasta que yo la revoque por escrito.

Para dejar Mensajes

Favor llamar al:

Teléfono de mi casa _____

Teléfono de mi trabajo _____

Número de mi Celular _____

Si no pueden contactarme:

Dejar mensaje detallado

Dejar mensaje pidiendo que les devuelva la llamada

La mejor hora para localizarme es (día) _____ entre las horas de _____

Firma del Paciente (o Adulto Responsable): _____
____/____/____

Fecha:

Firma del Testigo: _____ Fecha: ____/____/____