



Nombre completo del paciente

_____/_____/_____
Fecha de nacimiento

Dirección

_____-_____-_____
Número de seguro social

Ciudad/Estado/Código postal

(_____)_____-_____
Número de teléfono

Yo, _____, por este medio autorizo _____ para liberar:

_____ Informe de alta	_____ Informes de Patología	_____ Informes de emergencia
_____ Historial / Examen Físico	_____ Reportes de laboratorio	_____ Otro _____
_____ Notas de Progreso	_____ Informes de Radiología	_____
_____ Notas Operativas	_____ ECG/EEG/Cath cardiaco	_____

Autorizo _____ No autorizo la liberación de información relacionada con el SIDA (síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido) o VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humano) Infección, tratamiento psiquiátrico y/o evaluación psicológica, y tratamiento para el abuso del alcohol y/o droga.

Por favor proporcione le información a:

Nombre de la Compañía/Agencia/Facilidad/Persona

Dirección

Ciudad/Estado/Código postal

Razón de pedido:

____ Remisión a especialista ____ Seguro ____ compensación del trabajador ____ Cambio de Doctor
 ____ Investigación Legal ____ Determinación de incapacidad ____ Personal ____ Continuación de cuidado
 Otro (por favor especifique) _____

Por favor proporcione el mejor número de teléfono en caso necesitamos ponernos en contacto con usted (casa, el trabajo o el celular) (_____)_____-_____.

Por este medio autorizo la revelación de la información de salud del paciente antes mencionado. Esta autorización es válida por doce meses a partir de la fecha en que se firmo. Entiendo que puedo cancelar esta petición con una carta escrita pero no afectará ninguna información revelada antes de la cancelación. Entiendo que la información usada o revelada puede ser sujeta a revelaciones adicionales por la compañía, persona(s), facilidad, o agencia antes mencionada; ya que a este punto no estara protegida por regulaciones federales. Entiendo que el cuidado entre el paciente y el medico antes mencionado no será afectado dependiendo de la firma o no firma de esta autorización.

Firma del paciente, Encargado o Representante Legal

Fecha

NOTA: Habra un cargo monetario para copias personales o transferencia de historial medico: \$10 cargo de manejo, \$.50 por página entre 1-50, y \$.25 por cada página extra despues de 50.