



Autorización Para Entregar y Divulgar
Información Médica Protegida A Austin Regional Clinic

MRN: _____

Tel: _____ | Fax: _____

Por la presente autorizo al custodio de registros médicos de la oficina del Dr. _____ para divulgar información del registro médico de:

Form fields for patient information: Nombre del Paciente, Fecha de Nacimiento, Dirección, Tel, Ciudad, Estado, Código postal, Fecha de Servicio

Se puede divulgar información a:

Se divulgará información de:

Form fields for disclosure recipient: Austin Regional Clinic / Clínica / Doctor, ARC Clínica, Dirección, Ciudad, Estado, Código postal, Teléfono, Fax

Form fields for disclosure source: Clínica / Doctor, Dirección, Ciudad, Estado, Código postal, Teléfono, Fax

Por favor, suministra la siguiente información:

- Checkboxes for medical information types: Lista de problemas, Reportes de rayos-X, Salud mental, Registros de afuera, etc.

Esta información es necesaria para el siguiente propósito:

- Checkboxes for purpose of information: Continuar con la atención del paciente, Uso Personal, Abogado/Legal, Seguro, Otro (especificar)

- Numbered statements 1-3 regarding understanding of information disclosure and revocation rights.

Firma del paciente o del representante legal

Fecha

Relación con el paciente

Testigo