



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)

1. Entiendo que la información contenida en mi registro de salud es posible que incluya información relacionada con enfermedades de transmisión sexual...
2. Comprendo que autorizar la divulgación de esta información médica es voluntaria...
3. Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento...

Firma del paciente o del representante legal

Fecha

Relación con el paciente

Testigo