



AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Información del paciente: Doy permiso a divulgar la información médica de este paciente:

Nombre del paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____
Ciudad, estado, código postal: _____
Teléfono: _____
Correo electrónico: _____

Formulario de divulgación de información:

(Lista de las instalaciones o consultorios correspondientes)

(Teléfono) (Fax)

Doy permiso a divulgar la información a estas instalaciones:

(Nombre de la instalación, persona o compañía)

(Dirección o casilla de correo (PO Box), ciudad, estado, código postal)

(Teléfono) (Fax)

Firma: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha: _____