



Autorización Para Divulgar Información

Nombre del paciente: (En letra imprenta) _____ Fecha de nacimiento: _____

Mi firma al pie de esta página indica que estoy de acuerdo con lo siguiente (marque todas las opciones que correspondan):

- Me atienden varios profesionales en las Tahoe Forest MultiSpecialty Clinics. Este formulario se aplica a todos ellos.
- Este formulario solo se aplica a: _____ (nombre del proveedor)

Información médica protegida: Indique con quién podemos hablar sobre la Información médica protegida (es decir, cónyuge, pareja, hijo/a, padre, amigo, etc.):

- Ninguno de ellos, solo conmigo.
- Pueden hablar sobre mi información médica protegida con las siguientes personas:
Nombre: _____ Relación: _____
Dirección: _____
Número(s) telefónico(s): _____
 - Quiero que la autorización finalice el (fecha): _____
 - No se indica fecha de finalización.

Información sobre seguros/facturación: Indique con quién podemos hablar sobre asuntos relativos al seguro y a la facturación (es decir, cónyuge, pareja, hijo/a, padre, amigo, etc.):

**Tenga en cuenta que las disposiciones de su póliza de seguro, y las normativas correspondientes, pueden permitirnos hablar de la información sobre seguros/facturación con personas que no están indicadas en este documento.*

- Ninguno de ellos, solo conmigo.
- Pueden hablar sobre mi información médica protegida con las siguientes personas: **Escriba "Ídem" si incluirá los mismos nombres indicados anteriormente.**
Nombre: _____ Relación: _____
Dirección: _____
Número(s) telefónico(s): _____
 - Quiero que la autorización finalice el (fecha): _____
 - No se indica fecha de finalización.

NO divulgar información a: Nombre: _____ Relación: _____
Dirección: _____ Número telefónico: _____

Firma del paciente o del representante autorizado: _____ Fecha: _____

Nombre en letra imprenta: _____ Relación: _____

Testigo: _____ Fecha: _____