



Drs. Hamel, Robillard and Li

1199 Delbon Ave. Ste. 4 Turlock, CA 95382
PH - 209-667-6211 F - 209-667-2574

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre de paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Yo Autorizo la divulgación de mi información personal de salud a la persona/entidades como se describe a continuación. Entiendo que esta autorización es voluntaria y puede ser revocada en cualquier momento por escrito, dirigida a la información de contacto indicada anteriormente.

Tiene derecho a determinar una fecha de vencimiento para esta autorización. Si no figura ninguna fecha, esta autorización estará vigente indefinidamente o hasta que sea revocada. Fecha de expiración _____

Autorizo la divulgación a los siguiente personas/entidades:

1. Nombre _____ Relación con el paciente: _____

Dirección _____ N.º de Contacto: _____

2. Nombre _____ Relación con el paciente: _____

Dirección _____ N.º de Contacto: _____

3. Nombre _____ Relación con el paciente: _____

Dirección _____ N.º de Contacto: _____

4. Nombre _____ Relación con el paciente: _____

Dirección _____ N.º de Contacto: _____

Al firmar a continuación, confirmo la divulgación de mi información a las entidades enumeradas y doy fe de que la información enumerada es, a mi leal saber y entender, actual y precisa.

Firma: _____ Fecha: _____

Si un representante personal (**o padre/tutor para un menor**) en nombre del individuo firma esta autorización, complete lo siguiente y adjunte una copia de la autoridad legal si corresponde.

Nombre del representante: _____ Relación con el paciente: _____