



Autorizacion Del Paciente Para Que Su Informacion Protegida Sea Divuldada A Los Representantes Nombrado(S)

Yo, _____, doy mi autorización para que la información (Nombre del paciente o Tutor) protegida con respecto a mi salud, incluyendo los resultados de mis análisis de laboratorio, pruebas diagnósticas, y/o resultados de otros exámenes, sea divulgada al (a los) siguiente(s) representante(s) abajo nombrados):

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

_____ NO se permite dar información a CUALQUIER PERSONA QUE NO SEA YO.
(Iniciales)

Interfaith Community Clinic tiene toda mi autorización de dejar mensaje en:s

_____ Casa
(Iniciales)

_____ Celular
(Iniciales)

_____ Fecha: _____
Firma del Paciente o Tutor

_____ Fecha: _____
Testigo