



Autorización para Divulgar o Revelar Información Salud Medica Pertinente al Paciente

Por favor de escribir la infromacion siguiente:

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Direccion: _____ Numero de S.S: _____

_____ Numero de Telefono: _____

Estos expedientes son necesarios para una cita en: ____/____/____

Yo autorizo a _____ para revelar la siguiente información a _____ en referencia al paciente mencionado:

Todos los expedientes Laboratorio/Patología Rayos X/Radiología

Registros Financieros Otros(describir específicamente)_____

Fechas de tratamiento está siendo revelada: De: ____/____/____ A: ____/____/____

Copia de expedientes médicos deben de ser enviados a:

Nombre: _____ Numero de Telefono: _____

Direccion: _____ Numero de Fax: _____

Esta información sera utilizada y divulgada para alguno de los siguientes propositos:
(marque el que desea)

A petición mía(sólo el paciente puede marcar esta linea) Empleo

Cuidado de salud Pago/Seguro Medio Otros(describir específicamente)_____

Dicha autorización se vencera, a más tardar: ____/____/____ y no puede ser válido por más de un año a partir de la fecha establecida de los expedientes medicos mencionados por el sujeto/paciente.

Yo tengo entendido que firmando esta autorizacion, estoy permitiendo a Uropartners,LLC para revelar mi información de salud, que puede incluir: VIH/SIDA, diagnóstico y tratamiento de cancer, abuso de drogas/alcohol y enfermedades de transmisión sexual. Yo entiendo que esta autorización es voluntaria y que yo puedo negar a firmar esta autorización. Al negar firmar no afectara mi capacidad para recibir tratamiento de Uropartners,LLC. Al firmar estoy authorizando el uso de revelar mi informacion de salud medica y que un cargo va a ser asignado por copia y envio.

Firma de paciente o Representante legal

Fecha

Nombre del Paciente/Representate legal en letra de molde

Relación al paciente