

Autorización para la Divulgación de Información

1. Nombre del cliente: _____

2. Fecha de nacimiento: _____

3. Información a divulgar:

- Resumen del tratamiento hasta la fecha
- Informe
- Otro: _____

4. Propósito de la divulgación:

- Coordinación de la atención
- Otro: _____

5. Personas autorizadas para hacer la divulgación:

6. Persona autorizada para recibir la divulgación:

7. Método de divulgación:

- Por escrito: _____
- Verbal: _____
- Electrónica: _____

8. Fecha de hoy: _____ Autorización válida hasta: _____

Entiendo que mi información médica está protegida por la ley. Autorizo la divulgación de mi información médica confidencial como se indica anteriormente. Entiendo que mi consentimiento es voluntario y puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se haya compartido según esta autorización. Si decido revocar esta autorización, lo haré por escrito.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del representante personal: _____