



Dr. Dale A. Helman M.D.

Dr. Borina Dramov M.D.

256-A San Jose St
Salinas, CA 93901
(831) 757-5149

337 El Dorado St. Ste B-1
Monterey, CA 93940
(831) 655-7855

Main Fax (831) 757-5140

Autorización para revelar información

La presente autorización es para utilizar o revelar información sobre la salud de:

Nombre del paciente Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del 2º nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ No. de teléfono: _____ No. de seguro social: _____

Domicilio: _____

Las siguientes personas disponen de mi permiso para (marque las opciones que correspondan):

- tener acceso a todos mis documentos
- examinar mis documentos de facturación – *(el pedido será enviado al Dept. de Facturación, donde será tramitado. Si tiene alguna pregunta, llame al (916) 787-066.)*
- programar mis citas
- hablar de mi información con mi médico o el personal médico
- examinar demás información sobre mi salud *(especifique)* _____

| | | |
|---------------|----------|---------------------|
| Nombre: _____ | _____ | _____ |
| (Apellido) | (Nombre) | Fecha de nacimiento |
| Nombre: _____ | _____ | _____ |
| (Apellido) | (Nombre) | Fecha de nacimiento |
| Nombre: _____ | _____ | _____ |
| (Apellido) | (Nombre) | Fecha de nacimiento |
| Nombre: _____ | _____ | _____ |
| (Apellido) | (Nombre) | Fecha de nacimiento |

- Puedo negarme a firmar, y el hecho de negarme a hacerlo no afectará a mi posibilidad de recibir tratamiento.
- El destinatario no deberá seguir utilizando o revelando legalmente la información sobre la salud del paciente, a menos que se me pida otra autorización o que la ley permita específicamente la utilización o revelación de la información.
- Esta autorización entrará en vigor inmediatamente y seguirá vigente hasta _____ (si no se da fecha, la autorización es válida durante un año únicamente desde la fecha en que fue firmada).
- Me reservo el derecho de retirar o revocar por escrito esta autorización, en cualquier momento, salvo en la medida que el consultorio Central California Neurology (CCN) ya haya revelado la información.
- Certifico que he dado mi consentimiento libre, voluntariamente y sin coacción, y que la información dada anteriormente es exacta a mi leal saber y entender.
- Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.

Firma: _____ Fecha: _____

Si firma otra persona que no sea el paciente, indique qué es del paciente: _____