



Autorización para compartir información médica a Familiar/individuo

En acuerdo con las reglas de privacidad del gobierno federal implementada por el Acto de 1996 a la portabilidad de cuidado médico (HIPAA por sus siglas en ingles), Para que su Doctor o el personal de este pueda discutir su condición médica o financiera con miembros de su familia o cualquier persona designada por usted, nosotros debemos obtener una autorización previa por escrito para poder compartir información. En un evento de emergencia o en caso de que usted no esté en condiciones de otorgar dicha autorización, la Ley estipula que esta regla puede ser pasada por alto.

_____ Si, si doy autorización a mi Doctor, el personal de este o a la oficina en general a compartir cualquier información relacionada a mi cuidado médico o información financiera.

_____ No, no doy autorización a mi Doctor, el personal de este o a la oficina en general a compartir cualquier información relacionada a mi cuidado médico o información financiera.

El siguiente/los siguientes individuos tienen autorización para recibir información concerniente a mi cuidado de salud o información financiera.

| |
|---------------------------------|
| <i>Nombre:</i> |
| <i>Relación con el paciente</i> |
| <i>Nombre:</i> |
| <i>Relación con el paciente</i> |
| <i>Nombre:</i> |
| <i>Relación con el paciente</i> |
| <i>Nombre:</i> |
| <i>Relación con el paciente</i> |

Firma del Paciente

Fecha