



Table with 5 columns of contact information for different locations: 410 Canterbury Road, 236 Butternut Lane, 864 Black Creek Road, 213 Barden Street, and 100 Cunningham Lane, Ste 103.

Autorización para la divulgación de la información

Nombre: Otro Nombre:

Dirección: Ciudad, Estado, Código Postal:

Fecha de Nacimiento: / / Telefono: Cell:

Autorizo la divulgación de la información médica como se indica a continuación:

Form with two columns: DE and PARA. Each column has fields for Oficina, Atencion, Direccion, Ciudad, Estado, Código, Telefono, and Fax.

SI SON MAS DE 10 PAGINAS, POR FAVOR MANDAR LOS REGISTROS POR CORREO, NO POR FAX

- Me gustaría recoger mis registros, por favor llámeme al número de arriba.
Me gustaría que me envíen los registros por correo (por favor, indique la dirección arriba)

Lo que será divulgado: Por favor, elija los registros que le gustaría divulgar. Includes checkboxes for various medical records and a field for other specifications.

NOTA: los registros que figuran a continuación tienen una protección especial por la ley.

Autorizo la divulgación de información relativa: El diagnóstico y el tratamiento del SIDA, incluyendo los resultados de las pruebas del VIH; El diagnóstico o tratamiento de un abuso de drogas y/o alcohol; El tratamiento y / o consulta de salud mental o enfermedades psiquiátricas.

Propósito de la divulgación: por favor indique el motivo de esta divulgación. Includes checkboxes for transfer of care, personal use, military requirements, legal proceedings, etc.

Fecha de vencimiento: esta autorización expirará en sesenta días a menos que se indique lo contrario a continuación: Por favor cambia la fecha de vencimiento para que dure por días.

Entiendo que esta autorización puede ser revocada en cualquier momento de acuerdo a las prácticas de privacidad de Horizon Family Medicine. Esta solicitud debe hacerse por escrito. Una vez que estos registros se divulgan, la información no está protegida por Horizon Family Medicine y puede potencialmente ser divulgada por la parte que recibió estos registros.

He leído y comprendido esta información. He recibido una copia de este formulario, y yo soy el paciente o estoy autorizado a actuar en nombre del paciente para firmar este documento autorizando que acredite el uso o divulgación de la información de salud protegida en los términos señalados anteriormente.

Signature lines for Firma del Paciente, Firma del Representante Legal y Relación con el Paciente, and Firma del Testigo, each with a corresponding Fecha line.