

## Autorización Para Divulgar Información

Nombre del paciente: (En letra imprenta) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Mi firma al pie de esta página indica que estoy de acuerdo con lo siguiente (marque todas las opciones que correspondan):**

- Me atienden varios profesionales en las Tahoe Forest MultiSpecialty Clinics. Este formulario se aplica a todos ellos.
- Este formulario solo se aplica a: \_\_\_\_\_ (nombre del proveedor)

**Información médica protegida:** Indique con quién podemos hablar sobre la Información médica protegida (es decir, *cónyuge, pareja, hijo/a, padre, amigo, etc.*):

- Ninguno de ellos, solo conmigo.
- Pueden hablar sobre mi información médica protegida con las siguientes personas:  
Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Número(s) telefónico(s): \_\_\_\_\_
  - Quiero que la autorización finalice el (fecha): \_\_\_\_\_
  - No se indica fecha de finalización.

**Información sobre seguros/facturación:** Indique con quién podemos hablar sobre asuntos relativos al seguro y a la facturación (es decir, *cónyuge, pareja, hijo/a, padre, amigo, etc.*):

*\*Tenga en cuenta que las disposiciones de su póliza de seguro, y las normativas correspondientes, pueden permitirnos hablar de la información sobre seguros/facturación con personas que no están indicadas en este documento.*

- Ninguno de ellos, solo conmigo.
- Pueden hablar sobre mi información médica protegida con las siguientes personas: **Escriba "Ídem" si incluirá los mismos nombres indicados anteriormente.**  
Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Número(s) telefónico(s): \_\_\_\_\_
  - Quiero que la autorización finalice el (fecha): \_\_\_\_\_
  - No se indica fecha de finalización.

**NO divulgar información a:** Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Número telefónico: \_\_\_\_\_

**Firma del paciente o del representante autorizado:** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra imprenta: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_