

# Autorización para liberar información de salud

Vence a una vez liberar

## Información del paciente:

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal \_\_\_\_\_ Telefono de casa \_\_\_\_\_

## Yo autorizo a la práctica para revelar mi información de salud:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Por favor envíe mi información de salud para:

### Conner Family Health Clinic

211 W. Matthews Street, Suite #102

Matthews, NC 28105

Phone: 704-708-4301

Fax: 704-708-4389

## La información a continuación es solicitada por este paciente.

(Casilla de verificación: Se necesita información médica del paciente)

Entire Record      **Past Records:**  1 year  2 years  3 years

Radiology reports       Lab results       EKG

Hospital /Discharge Summary       Other \_\_\_\_\_

## Esta autorización sera en efecto hasta que la información ha sido enviada por requerimiento.

## Información del Paciente

Yo entiendo que mi tratamiento no estará condicionada al firmar esta autorización y que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización. *Entiendo que la información divulgada como resultado de esta autorización puede estar sujeta a revelar poreal destinatario y ya no puede estar protegido por la ley federal or estatal.*

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización enviando una notificación por escrito a la dirección siguiente y que la revocación no es eficaz si la información ya ha sido revelada, pero sera efectiva en la futuro.

Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar o copier la información de salud protegida como se describe en este documento. Puedo hacerlo mediante notificación escrita a Conner Family Health Clinic.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante personal

Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Descripción de la autoridad del representante personal (adjuntar la documentación necesaria).