



medaffordhealthcare.com
470-278-5649

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA DE CONFORMIDAD CON HIPAA

Nombre: _____

Fecha de nacimiento : ____/____/____

Liberación de Información

Las siguientes personas o entidades pueden recibir la información médica:

Esposo/Esposa _____

Hija(s)/Hijo(s) _____

Otro/Otra _____

La información no debe ser revelada a nadie.

* Esta **Divulgación de información** permanecerá vigente hasta que yo la rescinda por escrito.*

Mensajes

Por favor de llamar:

Mi Casa: _____

Mi Trabajo: _____

Mi Número de Teléfono : _____

Si no puede comunicarse conmigo:

Puede dejar un mensaje detallado

Por favor, deje un mensaje pidiéndome que le devuelva la llamada.

El mejor momento para contactarme es (día) _____
entre (tiempo) _____

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

Testigo: _____ Fecha: ____/____/____