

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N.º de historia clínica: \_\_\_\_\_



### AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Doy mi consentimiento para que se divulgue de manera verbal información sobre mi salud a las personas que se indican a continuación. Esto puede incluir información sobre mi estado de salud, incluidos mi padecimiento, síntomas, resultados de las pruebas, medicamentos, facturación y programación de citas.

**Nombre del contacto:** \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Marque esta casilla para indicar que este es su contacto para casos de emergencia

**Nombre del contacto:** \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Marque esta casilla para indicar que este es su contacto para casos de emergencia

Entiendo que esta autorización permanecerá vigente hasta que lo revoque por escrito. Soy consciente de que mi revocación no tendrá vigencia en la medida en que las personas a las que haya autorizado el uso o revelación de mi información médica hayan actuado al amparo de esta autorización.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si un representante personal del paciente firma esta autorización en representación del paciente, proporcione la siguiente información:

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante personal

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

Tratándose de pacientes que requieran que se les traduzca o se les lea este documento, la persona que lea o traduzca el documento debe firma a continuación:

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que leyó/tradujo el documento

\_\_\_\_\_  
Fecha