

**La AUTORIZACION para LIBERAR INFORMACION MEDICA VERBAL A PERSONAS IMPLICADAS EN MI CUIDADO**

el Nombre de Paciente (por favor Impresión)

el Número del Registro de Dispensario: \_\_\_\_\_ La fecha del Nacimiento: \_\_\_\_\_

teléfono de Día: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Yo por la presente doy el Dispensario de Springfield, LLP que mi permiso para liberar mi información médica a los individuos especificados abajo, sobre su pedido. Los métodos de la liberación pueden incluir las discusiones verbales o actualizan acerca de mi tratamiento, acerca de las medicinas, o acerca de la condición como solicitado. El propósito para estas revelaciones deberá permitir a las personas debajo de ayudarme a mantener mi salud, y para tomar parte en mi cuidado médico.

\_\_\_\_\_ Le Denomina la Relación al Paciente

\_\_\_\_\_ Le Denomina la Relación al Paciente

\_\_\_\_\_ Le Denomina la Relación al Paciente

\_\_\_\_\_ Le Denomina la Relación al Paciente

El paciente o el paciente' representante de s debe leer y deber inicialar las declaraciones siguientes: 1. Entiendo que puedo ver y poder recibir una copia de la información descrita en esta forma si yo lo pido, y que obtengo una copia de esta forma después que yo lo firmo. Los iniciales: \_\_\_\_\_

2. La información revelada puede incluir los asuntos con respecto a la salud mental, la incapacidad de desarrollo, el abuso de alcohol o droga y enfermedades contagiosas, inclusive el VIH, y la correspondencia médica. Si usted no desea que tal información para ser liberada, no completa esta forma.  
Los iniciales: \_\_\_\_\_

3. Entiendo que puedo revocar esta autorización en tiempo notificando el Dispensario de Springfield en la escritura, pero en la revocación no realizará ninguna acción que ellos han tomado antes del recibo de la revocación. Sin expresa revocación escrita dirigida al Dispensario de Springfield, yo entiendo que esta autorización no expirará durante el resto de mi período del tratamiento con el Dispensario de Springfield, y hasta tal tiempo como yo Dispensario presente de Springfield con una revocación de la autorización, o completará una forma nueva de la autorización. Los iniciales: \_\_\_\_\_

4. Yo por la presente autorizo el uso o la revelación de mi información individualmente identificable de la salud describieron como arriba. Entiendo y reconozco que la información confidencial de asistencia sanitaria reveló y utilizó según esta Autorización puede ser susceptible a la re-revelación por la persona o la organización autorizó a recibir la información y poder no más largo sea protegido por regulaciones federales de intimidad sobre la re-revelación. Los iniciales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente o paciente's la Fecha representativa legal  
(Forma se debe completar antes de firmar)

\_\_\_\_\_  
La relación al paciente:

\_\_\_\_\_  
La fecha

**Las reproducciones facsímiles de la firma son aceptables.**