Autorización para hablar sobre la información médica
Información médica protegida

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Autorizo a mi proveedor de atención médica o al personal de apoyo clínico a hablar sobre mi información médica con las personas que se indican a continuación, y acepto que el personal deje mensajes detallados en sus teléfonos.

Nombre: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

Los temas que **no pueden tratarse** mediante este documento y para los que se requiere un Formulario de autorización para divulgar información son los siguientes:

- VIH/sida
- Enfermedades e infecciones de transmisión sexual
- Abuso de alcohol y sustancias
- Salud mental

NOTA: Es responsabilidad del paciente mantener actualizada esta información.

Este formulario tiene una vigencia de **12 meses** a partir de la fecha en que se firme, y puede ser cancelado en cualquier momento.

_____ _____
(Firma del paciente) (Fecha)

** Entiendo que puedo **revocar/cancelar** esta autorización por escrito y en cualquier momento, excepto en la medida en que una acción ya se haya ejecutado con base en ella. Firme únicamente si desea revocar o cancelar esta autorización.

_____ _____
Firma para revocar la autorización Fecha