



AUTORIZACIÓN PARA DISCUTIR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Yo, _____ (nombre de paciente), Autorizar al Dr. Luis H. Lugo, M. D. para liberar o discutir la información relacionada con mi estado de salud (incluyendo la información relacionada con mi plan de tratamiento, datos de medicación y/o información de facturación) a la siguiente persona (s)*

- 1) _____ Relacion _____
- 2) _____ Relacion _____
- 3) _____ Relacion _____
- 4) _____ Relacion _____

Yo, _____ Optaron por no sacar mi información de salud protegida.

Por favor, tenga en cuenta que cualquier persona que no se refiere a esta lista no se dará ninguna información relacionada con su atención médica, incluida la información de facturación. Puede cambiar, limitar o ampliar esta lista en cualquier momento.

XX

DIRECTIVA AVANZADA

¿Tiene una Directiva avanzada/ testamento de vida? Si _____ NO _____

Si la respuesta es sí, por favor, proporcione una copia de nuestros registros.
 Si no, por favor, háganos saber si necesita más información.

XX

AUTORIZACIÓN PARA LA FOTOGRAFÍA

Yo, _____ OTORGAR EL CONSENTIMIENTO PARA LA OFICINA DE Luis H. Lugo, M. D. a tomar fotos de mi que se coloca en mi tabla y se utiliza para supervisar el estado de salud. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento mediante comunicación escrita y notificar a la oficina.

FIRMA _____ FECHA _____