LUIS LUGO M.D. INTERNAL MEDICINE PORTAL

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 le dará ninguna información relacionada con su atención médica, incluida la información de facturación. Puede cambiar, limitar o ampliar esta lista en cualquier momento.

xxxx