

## SOLICITUD DE LIBERACIÓN DE LOS REGISTROS MÉDICOS

AUTORIZO el uso y la divulgación de información de salud acerca de mí como se describe a continuación.

Nombre de Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Médico/organización autorizada de información:

Nombre	Telefono
1) _____	_____
2) _____	_____
3) _____	_____
4) _____	_____

\_\_\_\_\_  
Paciente Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

### \*NOTA

Usted tiene el derecho de saber concretamente cuál es la información que usted está autorizando para la liberación (p. ej. \* Los resultados de una prueba de laboratorio realizada en 1/4/13 \* o si todo su historial médico está incluido, \* toda la información médica \* ) Usted tiene el derecho de saber el nombre(s) u otra identificación de la(s) persona(s) u organización(s) autorizada(s) a liberar la información (por ejemplo, el nombre de su proveedor de atención médica(s)). Usted tiene el derecho de saber quién va a utilizar y lo que se va a emplear. (P. ej. John Smith, PhD/ investigación).

HIPPA Autorización para la Liberación de la información