



Autorización para Compartir Mi Información Personal de Salud

Usted tiene el derecho de controlar quien puede ver la información privada sobre su salud (Su Información de Salud Protegida). Use este formulario para dar autorización a un amigo de confianza o a un miembro de su familia para que reciban información sobre su cuidado de salud. **Usted puede cambiar esta autorización en cualquier momento si nos lo pide por escrito.**

___ **NO**, no compartan mi Información de Salud Protegida con nadie.

___ **SI**, yo doy autorización para que la persona/personas que aparecen abajo tengan acceso a mi información privada de salud, que consiste en lo siguiente:

- Hacer o cancelar citas por mi
- Hablar con mi doctor o el personal de salud en mi nombre
- Encargarse de mi papeleo, laboratorios y recetas médicas

Caducidad: Sin mi revocación expresada, la autorización expirará automáticamente un año a partir de hoy.

Nombre: _____

Relación con paciente: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____

Relación con paciente: _____ Teléfono: _____

Nombre De Paciente (en letra de imprenta)

Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente o representante legal

Fecha

*Descripción de la autoridad legal para actuar
En nombre del paciente (si corresponde)*

Fecha