



## 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 medico y dental. **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:

- 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:** Esta autorización vencerá automáticamente dentro de un año a partir de hoy, a menos que solicite un vencimiento más temprano.

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*