



LIBERACION MEDICA DE INFORMACION DE SALUD

INFORMACION DE PACIENTE

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de Guardian: _____

INFORMACION PERSONAL AUTORIZADA

Autorizo a Sandia Sunrise Therapy de usar, solicitar, o revelar información de salud protegida a/departe de:

Nombre _____ Relación a Paciente: _____

Número de Teléfono: _____ Numero de Fax: _____

Correo Electrónico: _____

A menos que sea especificado lo contrario debajo, esta autorización se vencerá dentro de un año el día que fue solicitado.

Día de Vencimiento de Autorización (opcional): _____

Autorizo la liberación de información de salud protegida del paciente mencionado arriba para/departe de Sandia Sunrise Therapy para/departe a la persona(s) mencionadas arriba o agencia/agencias. Entiendo que la autorización es voluntaria y puedo modificar o remover la autorización en cualquier momento previendo un consentimiento escrito. Entiendo que la información liberada puede ser sujeta a nueva divulgación por algunos recipientes y puede que no sea protegida por las reglas de privacidad relacionadas a información de salud por el estado o federal. Entiendo que tengo derecho a una copia de esta autorización firmada.

Firma de Guardian: _____ Fecha: _____