



Autorización para Liberación de Información Médica

Este formulario se utilizará para obtener registros médicos de otro proveedor para Sleep Health MD

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Por este medio autorizo a Sleep Health MD a obtener mi información de salud protegida (PHI) como definido por la ley Federal y estatal. Entiendo que esta autorización es voluntaria. La información siguiente puede ser revelada a Sleep Health MD:

- Historial Médico
- Resultados de Pruebas
- Estudios del Sueño
- Otro: _____

*La siguiente sección debe ser completada en su totalidad a fin de obtener archivos médicos *

Esta información médica puede ser revelada por:

Nombre del Proveedor: _____

Dirección: _____

Telefono: _____ Fax: _____

Entiendo que mi asistencia médica no será afectada si no firmo esta forma. Esta autorización expirará en _____ o 5 años a partir de la fecha de mi firma a continuación, la que sea anterior.

También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a Sleep Health MD por escrito. Entiendo que mi revocación de esta autorización no afectará ninguna acción tomada por Sleep Health MD en la confianza en esta autorización antes del tiempo que recibió mi revocación.

Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.

Firma: _____ Fecha: _____

Si no está firmado por el paciente, por favor indique la relación:

- Padre o guardián de un paciente menor
(en la medida en que el menor no pudo haber dado su consentimiento al Cuidado)
- Guardián o conservador de un paciente incompetente.
- Beneficiario o representante personal del paciente fallecido.