



Liberación de Información Médica

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Por la presente autorizo a Sleep Health MD a usar y divulgar mi información de salud protegida ("Información de salud") según se define por las leyes federales y estatales, en la forma que se describe a continuación. Entiendo que esta autorización es voluntaria. Yo también entiendo que si la persona o entidad autorizada por este documento para recibir mi información de salud no es un plan de salud o atención médica proveedor, entonces es posible que la información de salud divulgada ya no esté protegida contra una divulgación posterior por parte de la ley estatal o federal.

La siguiente información de salud puede ser divulgada por Sleep Health MD:

- Historial Médico
- Resultados de Pruebas
- Otro: _____ (Fecha de Servicio ___ / ___ / ___)

Autorización del paciente para la divulgación de registros médicos

Esta información de salud puede ser divulgada a: _____

Dirección: _____

Numero de Telefono: _____ Fax: _____

Relacion al Paciente:

- Paciente
- Cónyuge / pariente
- Médico / Proveedor de atención médica
- Abogado
- Otro: _____

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.