

# Consentimiento para divulgar información médica del paciente a terceros

Santa Cruz Community Health Centers  
P.O. Box 542 Santa Cruz, CA 95060  
**Fax: 831-457-2486**



REV. 7/17

## Información del paciente

Nombre completo del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección del paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono particular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_--\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: (\_\_\_\_) \_\_\_\_--\_\_\_\_

## Divulgación de información a

**Por medio del presente documento autorizo a Santa Cruz Community Health Centers a divulgar mi información médica personal, oralmente y por escrito, a la(s) persona(s) que se menciona(n) a continuación.**

La información no debe divulgarse en absoluto.

<p>1. Nombre: _____</p> <p>Número de teléfono: (____) ____--____</p>	<p><input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja</p> <p><input type="checkbox"/> Padre/madre</p> <p><input type="checkbox"/> Hijo(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Hermano(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Todos los registros</p> <p><input type="checkbox"/> El retiro de formularios médicos, órdenes y recetas médicas</p> <p><input type="checkbox"/> La programación, confirmación y cancelación de citas</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>
<p>2. Nombre: _____</p> <p>Número de teléfono: (____) ____--____</p>	<p><input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja</p> <p><input type="checkbox"/> Padre/madre</p> <p><input type="checkbox"/> Hijo(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Hermano(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Todos los registros</p> <p><input type="checkbox"/> El retiro de formularios médicos, órdenes y recetas médicas</p> <p><input type="checkbox"/> La programación, confirmación y cancelación de citas</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>
<p>3. Nombre: _____</p> <p>Número de teléfono: (____) ____--____</p>	<p><input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja</p> <p><input type="checkbox"/> Padre/madre</p> <p><input type="checkbox"/> Hijo(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Hermano(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Todos los registros</p> <p><input type="checkbox"/> El retiro de formularios médicos, órdenes y recetas médicas</p> <p><input type="checkbox"/> La programación, confirmación y cancelación de citas</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>

\*Esta autorización tiene validez de manera indefinida, a menos que usted especifique lo contrario (escriba la fecha de vencimiento) \_\_\_\_\_. Usted puede revocar esta Autorización en cualquier momento. Para esto, debe proporcionar una declaración por escrito, salvo que el proveedor ya haya llevado a cabo alguna acción al respecto. \*\* Si usted es el representante legalmente autorizado del paciente, debe proporcionar la documentación correspondiente que lo demuestre.

**Firma de la paciente**

**Fecha\***

**Firma del padre/madre/representante legalmente autorizado\*\***

**Fecha\*\***

**Relación:** \_\_\_\_\_

Office Use  
Verified  
by: