

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.

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

*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:
