

# 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. 5/22

## 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: _____                      Número de teléfono: (____) _____ -- _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja  <input type="checkbox"/> Padre/madre  <input type="checkbox"/> Hijo(a)  <input type="checkbox"/> Hermano(a)  <input type="checkbox"/> Otro: _____</p>	<p><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: _____</p>
<p>2. Nombre: _____                      Número de teléfono: (____) _____ -- _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja  <input type="checkbox"/> Padre/madre  <input type="checkbox"/> Hijo(a)  <input type="checkbox"/> Hermano(a)  <input type="checkbox"/> Otro: _____</p>	<p><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: _____</p>
<p>3. Nombre: _____                      Número de teléfono: (____) _____ -- _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja  <input type="checkbox"/> Padre/madre  <input type="checkbox"/> Hijo(a)  <input type="checkbox"/> Hermano(a)  <input type="checkbox"/> Otro: _____</p>	<p><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: _____</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: