



Paciente: _____

FDN: _____

NRM: _____

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Por la presente, autorizo a los médicos y al personal de OAL a divulgar y comunicar cualquier información a las partes mencionadas a continuación en relación con mi tratamiento para optimizar la coordinación de mi atención médica y brindar comunicaciones continuas de acuerdo a las legislaciones del HIPAA.

Familiar u otra persona:

Parentesco:

N.º de teléfono:

1) _____

2) _____

3) _____

Comprendo que esta autorización es válida hasta que notifique a OAL por escrito o en persona que deseo suspender la comunicación con estas entidades.

Firma

Nombre en letra imprenta

Fecha