

RESTRICCIONES

Entiendo que el solicitante no puede usar ni divulgar la informacion medica mas alla de las condiciones ya mencionadas, a menos que obtenga otra autorizacion de mi parte o que ese uso esa divulgacion este especificamente requerida o permitida por ley.

COPIA ADICIONAL

Ademas entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorizacion, si la solicito. La copia fue solicitada y recibida: SI NO Iniciales: _____

Firma: _____
(Paciente/Representante/Conyuge/Persona con Responsabilidad Financiera)

Fecha: _____ Hora: _____ AM/PM

En caso de firmarse por una persona que no sea el paciente, Indique la relacion:

Testigo:

ID verificada: SI NO Iniciales: _____

