



2026

LA AUTORIZACIÓN PARA SOLTAR INFORMACION

Yo (nombre del paciente: _____), autorizo a Personal Physicians de utilizar mi información de atención médica y puede revelar esta información a mi seguro médico (s) con el fin de obtener el pago por los servicios y la determinación de los beneficios del seguro por pagar relacionadas con el servicio. Autorizo a Personal Physicians para liberar cualquier información adquirida en el curso de mi examen o tratamiento.

Entiendo que el médico se ha reservado el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad descritas en el Aviso. También entiendo que una copia de cualquier aviso modificado será proporcionada a mí o puesto a disposición a través del correo o en persona.

Y bajo este consentimiento es válido hasta que sea revocada por mí. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, mediante notificación **por escrito** de mi deseo de hacerlo, a la oficina del médico. También entiendo que no seré de revocar este consentimiento en los casos en que el médico ya ha confiado en él para usar o divulgar mi información de salud. Revocación del consentimiento por escrito debe ser enviada a la oficina del médico.

Le permito contactarme en la manera siguiente, verificar todo que aplica:

La casa:

- ☐ es permitido dejar algún recado con información detallada
- ☐ es permitido dejar un número para regresar la llamada para que el paciente se ponga en contacto

El celular:

- ☐ es permitido dejar algún recado con información detallada
- ☐ es permitido dejar un número para regresar la llamada para que el paciente se ponga en contacto

El trabajo:

- ☐ es permitido dejar algún recado con información detallada
- ☐ es permitido dejar un número para regresar la llamada para que el paciente se ponga en contacto

Autorizo que Personal Physicians de información a (Verifique por favor todo que aplique):

- ☐ **Esposo /a:** La lista completa nombre Y fecha de nacimiento de cónyuge

- ☐ **Hijos/as:** La lista completa nombres de niños & número de teléfono

- ☐ **Otros:** La lista completa nombre/s y número/s de teléfono de persona/designadas:

- ☐ **Nadie**

El nombre de Paciente

Fecha

X _____

X _____

La firma del Paciente O (Guardián Legal si es Menor de 18.)

Fecha

X _____

X _____