

REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Marque todas las opciones que correspondan y liste los nombres del cónyuge, hijos y otras personas que participen en el cuidado, según corresponda.

- Tiene permiso para dejar información en mi contestador automático sobre mi atención médica y resultados de pruebas.
- Tiene permiso para hablar con mi cónyuge sobre mi atención médica.
- Tiene permiso para hablar con mis hijos u otros familiares que participen en mi atención médica.
- Otro (describa) _____

Nombre:	Relación:	N° de contacto:
_____	_____	_____
Nombre:	Relación:	N° de contacto:
_____	_____	_____
Nombre:	Relación:	N° de contacto:
_____	_____	_____
Nombre:	Relación:	N° de contacto:
_____	_____	_____
Nombre:	Relación:	N° de contacto:
_____	_____	_____
Nombre:	Relación:	N° de contacto:
_____	_____	_____

Si se solicita, puedo limitar el tiempo de validez de este consentimiento para la revelación de información. Puedo revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya revelado. Entiendo que autorizar la revelación de esta información es voluntario.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____