

**AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN DE
SALUD PROTEGIDA**

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

Número de teléfono: _____ - _____ - _____ Número de Celular: _____

Fecha: _____

Por la presente autorizo Maximum Resolution Imaging a divulgar mis registros médicos a:

Nombre Completo: _____

Dirección postal: _____

Número de teléfono: _____ - _____ Número de fax: _____

Información específica a divulgar:

Informe(s) Procedimiento(s)/ Fechas _____

CD(s) o Película(s) Procedimiento(s)/ Fechas _____

Esta información de salud es necesaria para:

Atención médica continua/Usos personal/Razones legales/Seguro/Otro: _____

Nombre del Paciente/Destinatario (en letra de imprenta) Firma Fecha:

Testigo/Witness

.....
PARA USO EXCLUSIVO DE OFICINA/ FOR OFFICE USE ONLY

PICK UP/MAIL OUT DATE: _____ **ISSUED BY:** _____ **ID CHECKED:** _____
