

**Formulario de liberación médica**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección del paciente: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Por la presente autorizo:**

Nombre del doctor/clínica: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Para liberar todos los registros a:**

Nombre del doctor/clínica: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_

Descripción específica de la información de salud que debe divulgarse si no se trata de registros completos (fechas de servicio y tipo de servicio, etc.)

Esta información se debe divulgar para el propósito siguiente: \_\_\_\_\_

Al proporcionar esta autorización, entiendo lo siguiente:

- A. Entiendo que esta información de salud puede incluir información sobre drogas y alcohol, resultados de pruebas de virus de inmunodeficiencia humana y notas de psicoterapia.
- B. Entiendo que esta autorización es voluntaria, yo puedo rehusar firmar esta autorización y mi obligación de tratamiento o pago no será afectada.
- C. Entiendo que la información de salud a ser liberada puede estar sujeta a revelación por el destinatario de la información de salud y ya no está protegida por las reglas federales de privacidad.
- D. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento notificando a inri Medical Associates P.C. d/b/a norte Associates Medical por escrito, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto de los usos o divulgaciones antes de la recepción de la revocación.
- E. Entiendo que a esta solicitud, puedo recibir una copia de este formulario de autorización después de firmarlo.
- F. Entiendo que esta autorización caducará el \_\_\_\_/\_\_\_\_. Si se deja en blanco, la fecha de vencimiento será de un año a partir de la fecha de firma.
- G. Entiendo que mis registros serán proporcionados a mí en formato electrónico (CD) y es decir, si deseo tenerlo en formato de papel que debería inicial aquí \_\_\_\_\_ si se deja en blanco se entiende que usted desea

Paciente o representante del paciente

Fecha de firma

Nombre impreso del representante del paciente (si corresponde)

Relación con el paciente (si corresponde)

**Tel: 205-814-9284**

**Fax principal: 1-855-332-0432**