



**Autorización del Paciente para que Familiares/Amigos/Otros Reciban Información Médica**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**Paciente o Representante Legalmente Autorizado a completar lo siguiente:**

Yo autorizo a Los Centros de Salud de NUNM a que puedan proporcionar y compartir la información específica abajo al siguiente individuo:

Nombre: \_\_\_\_\_  
*ESCRIBA el nombre de la persona que va recibir la información*

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

*Paciente o Representante necesita poner sus **INICIALES** a lado de la información que se va divulgar:*

- Citas Reciente del Paciente \_\_\_\_\_
- Instrucciones Sobre el Tratamiento \_\_\_\_\_
- Información Sobre Prescripciones \_\_\_\_\_
- Resultados del Laboratorio \_\_\_\_\_
- Facturación \_\_\_\_\_
- Información sobre citas incluyendo el derecho a hacer, cambiar, o cancelar citas \_\_\_\_\_

Especifique cualquier otra restricción o divulgación de información a la persona especifica antedicha:

\_\_\_\_\_

Esta autorización es válida desde \_\_\_\_\_ y expira en \_\_\_\_\_ (hasta un año después).

*Yo reconozco que he leído y entiendo completamente este formulario de consentimiento. También entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento al proporcionar notificación por escrito a los Centros de Salud de NUNM. Yo entiendo que mi revocación escrita no es aplicable a la información que ya se haya divulgado mientras la autorización estuvo en efecto.*

Firmado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
*Paciente o Representante Legalmente Autorizado*

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_