



I. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre Completo: _____ Fecha de Nacimiento
(DD/MM/AAAA): _____ Género: _____ Dirección:

Ciudad: _____
Estado: _____ Código Postal: _____ Número de Teléfono:

Correo Electrónico: _____

II. DETALLES DE LA AUTORIZACIÓN

Por la presente autorizo al Hospital Cumulus a divulgar/liberar la siguiente información a la persona o entidad nombrada a continuación:

Nombre del Destinatario/Entidad: _____ Relación con el Paciente:

Dirección/Contacto del Destinatario: _____
Propósito de la Divulgación: ☐ Coordinación de Atención Médica ☐ Revisión de
Seguro ☐ Uso Personal ☐ Otro: _____

Información a ser Divulgada: ☐ Expediente Médico Completo ☐ Resultados de
Laboratorio ☐ Informes de Imagenología/Radiología ☐ Registros de Facturación ☐
Otro: _____

III. EXPIRACIÓN Y REVOCACIÓN

Esta autorización permanecerá vigente hasta: ☐ Fecha: (DD/MM/AAAA)

☐ Hasta que ocurra el siguiente evento: _____

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito al Hospital Cumulus.

IV. FIRMA

Firma del Paciente/Tutor: _____ Fecha: _____

V. USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

Fecha de Recepción de Autorización: _____ Procesado por:

Número de Referencia: _____