



I. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

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

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

Correo Electrónico: _____

II. LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Por la presente autorizo la liberación de mis registros médicos a la siguiente entidad:

Nombre del Destinatario/Centro: _____ Dirección:

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

III. REGISTROS A SER LIBERADOS

Por favor, marque todo lo que corresponda: ☐ Expediente Médico Completo (Todas las fechas) ☐ Fechas Específicas de Servicio: Desde _____ Hasta _____
☐ Informes de Laboratorio / Imagenología (MRI, Rayos X, Ultrasonido) ☐ Registros de Facturación / Seguro ☐ Otro: _____

IV. PROPÓSITO DE LA LIBERACIÓN

☐ Continuidad de Atención/Transferencia de Atención ☐ Solicitud/Revisión de Seguro ☐ Uso Personal/Legal ☐ Otro: _____

V. RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Entiendo que la información liberada puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad (HIPAA).

Firma del Paciente/Tutor: _____ Fecha: _____

VI. USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

Fecha de Recepción de Solicitud: _____ Procesado por: _____ Método de Liberación: ☐ Correo Electrónico ☐ Portal Seguro ☐ Copia Física Número de Referencia: _____