

Liberación de Información de Salud Protegida (PHI)

Los nombres que aparecen a continuación son personas a las que quiero dar acceso a mi información de salud y/o facturación, según lo consideren necesario. Entiendo que la información se limita a la discusión verbal y que no se proporcionarán copias en papel de mi Información de Salud Privada (PHI) sin mi firma para liberar cualquier información "sensible". Entiendo que autorizar la divulgación de esta información a las personas mencionadas abajo es voluntario.

Nombre: _____	relación: _____	teléfono: _____
Nombre: _____	relación: _____	teléfono: _____
Nombre: _____	relación: _____	teléfono: _____
Nombre: _____	relación: _____	teléfono: _____
Nombre: _____	relación: _____	teléfono: _____

Este consentimiento se considerará válido hasta que lo revoque. Me reservo el derecho de revocarlo en cualquier momento. Será mi responsabilidad mantener esta información actualizada. Entiendo que la revocación no se aplicará a ninguna información que ya se haya publicado.

Nombre del Paciente: _____ DOB: _____

Firma: _____ Fecha: _____