



AUTORIZACION PARA DIVULGAR REGISTROS CLINICOS

Nombre del cliente: _____ Numero de contacto: _____

Fecha de nacimiento: _____

Autorizo a la Clínica de Patología del Habla y el Lenguaje a divulgar todos los registros clínicos a las siguientes personas:

Nombre: _____ Numero de contacto: _____

Dirección: _____

Relación al cliente: _____

Nombre: _____ Numero de contacto: _____

Dirección: _____

Relación al cliente: _____

Nombre: _____ Numero de contacto: _____

Dirección: _____

Relación al cliente: _____

Al firmar este formulario, autoriza el uso o la divulgación de su información médica protegida como se describe anteriormente. Esta información puede volver a divulgarse si la ley no exige que el destinatario proteja la privacidad de la información.*

Al firmar a continuación, declaro y garantizo que tengo autoridad para firmar este documento y autorizo el uso o divulgación de información médica protegida y que no hay reclamos u órdenes pendientes o en efecto que prohibirían, limitarían o restringirían mi capacidad para autorizar el uso o divulgación de esta información médica protegida.*

Firma

Fecha

Nombre (Imprimido)

Relación al cliente

* Esta autorización vence al momento del alta de los servicios.