

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ No. SS \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Zip \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Yo por la presente autorizo \_\_\_\_\_ (el nombre de la facilidad) liberar información de salud a:

Nombre de médico, hospital, u otra entidad \_\_\_\_\_  
Dirección de calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Fascimile \_\_\_\_\_

la información siguiente: (todas fechas serán liberadas a menos que especificado).

La fechas necesité \_\_\_\_\_

- Resumen de alta       La historia & Físico       Registro de emergencia       Consultas  
 Informe operativo       Ordenes del Médico       Notas del Médico       Pruebas diagnósticas  
 Otro \_\_\_\_\_

Autorizo la liberación del siguiente tipo de información especial (iniciala todo que aplica):

\_\_\_\_ HIV la prueba resultados      \_\_\_\_ Tratamiento mental de salud      \_\_\_\_ Tratamiento de alcohol/droga

El propósito de pedido:  Personal     Seguro     Incapacidad     Cuidado continuo

Esta autorización expira un (1) año de la fecha firmada a menos que de otro modo especificado. Incierta e especifique la fecha o el acontecimiento \_\_\_\_\_

Prefiero recibir la información por:  Recoja     Correo     Fax     Otro \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_  
(Paciente / representante legal)

Si firma persona que no es el/la paciente, indique el parentesco o relación \_\_\_\_\_

TESTIGO \_\_\_\_\_

St. Helena Hospital Clear Lake, Clearlake, CA

**MEDICAL INFORMATION  
AUTHORIZATION**  
Spanish



Authorization to Release Medical Info

RB 2559 5/18/15 (spanish)

Patient Identification

Client name \_\_\_\_\_

Medical Record # \_\_\_\_\_