



# FLORIDA HOSPITAL

M E D I C A L G R O U P

## AUTORIZACION PARA EL USO Y DIVULGACION DE INFORMACION

**Sección A: Por favor llene la siguiente información para todas las peticiones**

- 1. Fecha de hoy: \_\_\_\_\_
- 2. Nombre del paciente: \_\_\_\_\_
- 3. Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ 4. # de Paciente: \_\_\_\_\_
- 5. Dirección: \_\_\_\_\_

**Solicito los siguientes detalles relacionados al uso de mi INFORMACION DE SALUD PERSONAL:**

- 1. Puede dejar los siguientes mensajes en mi grabadora de mensajes:
  - Información sobre referidos
  - Información sobre reabastecimiento de recetas médicas
  - Resultados de pruebas
  - Otro: \_\_\_\_\_

- 2. Puede discutir información relacionada a mi tratamiento y cuidado con los siguientes familiares y/o amigos:
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_

- 3. Puede comunicarse conmigo a los siguientes números con relación a mi tratamiento y cuidado:
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Personal Autorizado y Título

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso de Personal Autorizado y Título