



# Ventura Pulmonary and Critical Care Medical Group

## AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR INFORMACIÓN FAMILIAR/AMIGO

YO, \_\_\_\_\_  
*(LLENE EL NOMBRE EN IMPRENTA Y MARQUE UNA CASILLA A CONTINUACIÓN)*

Ordenar a mis proveedores y pagadores de servicios médicos y de atención médica que divulguen y divulguen mi información de salud protegida que se describe a continuación a:

RECHAZO *(FIRMA Y FECHA A CONTINUACIÓN)*

Nombre:

Número de teléfono


Información de salud que se divulgará a petición de la persona mencionada anteriormente *(marque con un círculo A o B)*:

**A:** Divulgar mi historial médico **completo** (incluidos, entre otros, diagnósticos, pruebas de laboratorio, pronóstico, tratamiento y facturación de todas las afecciones) **O**

**B:** Divulgar mi expediente médico, como se indicó anteriormente, **PERO no divulgar lo siguiente** *(marque según corresponda)*:

\_\_\_ Registros de salud mental

\_\_\_ Enfermedades transmisibles (incluidas enfermedades veranarías)

\_\_\_ Tratamiento por abuso de alcohol/drogas

\_\_\_ Otros (especificar):

Forma de divulgación *(a menos que mi proveedor y la persona designada acuerden mutuamente otro formato)*:

\_\_\_ Un registro electrónico

\_\_\_ Copia impresa

Esta autorización será efectiva hasta *(Marque uno)*:

Todos los períodos pasados, presentes y futuros, **O**

Fecha o evento: \_\_\_\_\_

*A menos que la revoco (NOTA: Puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento notificando a sus proveedores de atención médica, preferiblemente por escrito.)*

*Cobramos 0.25 por página por copias de sus registros. No hay cargos por entregar registros a otro médico o centro médico por fax.*

\_\_\_\_\_  
**Nombre impreso** de la persona que otorga esta autorización

\_\_\_\_\_  
**Firma** de la persona que otorga esta autorización

\_\_\_\_\_  
**Fecha**