



Place patient label here.

Autorización

Esta forma, autoriza a las clínicas del KVH compartir información médica con terceras partes ya sea en forma verbal o por escrito, por ejemplo, miembros de la familia, cuidadores. NO autoriza para liberar información médica a otros médicos y/o abogados.

Yo _____ , _____ , autorizo a las clínicas del KVH para
Nombre del paciente *Fecha de nacimiento*

discutir información pertinente a mi salud con la(s) siguiente(s) personas:

<i>Nombre</i>	<i>Su relación</i>
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Por favor escriba sus iniciales en la línea correspondiente a lo que quiera que sea compartida.

- _____ Yo autorizo que todos los resultados de exámenes médicos sean compartidos.
- _____ Yo autorizo que mi expediente completo sea compartido.
- _____ Yo autorizo que mi información financiera sea compartida.

Específicamente quiero que las clínicas del KVH excluyan de liberar la siguiente información de salud protegida.

Por favor escriba sus iniciales en su preferencia para el contacto telefónico.

- _____ Por la presente otorgo permiso a las clínicas del KVH para dejar mensajes en mi buzón de voz/máquina contestadora referentes a la confirmación de citas, cambios de la programación de mis citas y/o información de referencias.
- _____ Por la presente otorgo permiso para que las clínicas del KVH dejen mensajes con mi esposo(a) u otra persona acerca de la confirmación de mis citas, cambios en la programación de mis citas y/o información de referencias.

Nombre de las personas con quien se puede dejar esta información:

Esta información tendrá vigor indefinidamente. Puedo rescindir esta autorización a cualquier tiempo por medio de una notificación por escrito.

Firma del paciente o Tutor *Fecha en que fue Firmada*

Relación con el paciente, si es firmada por otra persona que no es el paciente