

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Autorización para difundir información a miembros de la familia

Muchos de nuestros pacientes permiten a los miembros de su familia, como el cónyuge, otra pareja, padres o hijos, llamar y solicitar el resultado de pruebas, procedimientos e información financiera. Bajo los requisitos del H.I.P.A.A. no se nos permite dar esta información a nadie sin el consentimiento del paciente. Entonces, si desea que su información médica, cualquier resultado de las pruebas de diagnóstico y/o información financiera sea revelada a cualquier miembro familiar, debe firmar este formulario.

Usted tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto cuando hayamos hecho revelaciones en virtud a su previo consentimiento.

**Autorizo a Alfieri Cardiology a divulgar mi historial y cualquier información solicitada a las siguientes personas.**

1. \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

### **Autorización relacionada a mensajes** (marque todo lo que corresponda)

- No autorizo dejar un mensaje detallado sobre mis citas en mi hogar o celular
- No autorizo dejar un mensaje detallado sobre mi tratamiento médico, atención, resultados de las pruebas o información financiera en mi hogar o celular
- No autorizo dejar un mensaje con nadie excepto a los arriba mencionados

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (letras de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente