**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS**

PARA SOLICITAR LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA, COMPLETE Y FIRME ESTE FORMULARIO

A través de la presente, yo, autorizo voluntariamente la divulgación de la información que figura en mi registro de salud. (Nombre del paciente)

Información del paciente:

Nombre del paciente: Número del registro: \_

Dirección: Fecha de nacimiento:

Información solicitada:

Propósito de la divulgación:

La información debe ser otorgada a:

Nombre de la persona, la organización o el centro: Medical Direct Care, PLC

Dirección: 190 Hatcher Ln, Suite B, Clarksville, TN 37043

Número de teléfono: 931-221-0902

Firma del paciente o de su representante Fecha

Nombre del representante del paciente en letra de imprenta Relación con el paciente

**Esta información debe otorgarse para el propósito que se indica arriba, y el destinatario no puede usarla para otros fines.**

HAGA UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN Y GUÁRDELA PARA SU PROPIO REGISTRO

Autorización para la divulgación de registros médicos conforme a la HIPAA