

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO/DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN DE SALUD**

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Proveedor para divulgar mi información de salud:

- Rajan Bhatia, MD
- Darren Maehara, MD
- G. Sofia Nelson, MD
- Dr. Aswin Nukala
- Andrew Weymer, MD

Laura Craver, PA-C

Número de teléfono: _____

Número de fax: _____

Autorizo y dirijo voluntariamente a los proveedores de atención médica seleccionados anteriormente que divulguen / divulguen mi información de salud en su posesión como se indica a continuación. Una fotocopia de esta autorización será tan válida como el original.

Información que se dará a conocer

A quién

Historia reciente y notas físicas / de oficina

Informes de laboratorio

Informes de rayos X

Informes operativos

Resumen de alta

Informes de patología

Pruebas de función pulmonar

Estudios del sueño

Todos los registros pertinentes para la atención al paciente

Otro:

Firma del paciente o representante autorizado

Fecha