

HIPPA Registros Médicos Forma de Liberación

Esta autorización es en efecto o partir de _____ a _____. Al término de este tiempo, esta autorización es automáticamente revocada.

Yo entiendo que:

- Puedo rechazar firmar esta autorización y que mi negativo no tiene impacto en recibir tratamiento
- Puedo inspeccionar o copiar la información revelada según este acuerdo
- Mi firma de este documento es voluntaria
- Puedo revocar autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que las practica ha actuado en este y revocación debe ser escrito
- Puedo recibir una copia de esta autorización
- Las leyes federales no cubrirá la información una vez se libera

Paciente/Firma del Guarda Legal: _____ Fecha:

Testigo: _____ Fecha:

La identificación del solicitante de la información del paciente se verifica: Si _____ No _____
Tipo _____