



AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION MEDICA –FORMA CORTA

FECHA DE HOY: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DESCRIPCION DE LA INFORMACION REQUERIDA (ej: historial medico, receta de lentes): _____

MANDE LA INFORMACION A (incluya el nombre y domicilio): _____

NOMBRE DE LA PERSONA QUE LO PIDE: _____ RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA: _____ FECHA DE HOY: _____

**USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:
FOR OFFICE USE ONLY:**

_____ REQUEST ACCEPTED. DATE INFORMATION GIVEN/SENT: _____

_____ REQUEST DENIED. REASON: _____

ACCEPTED/DENIED BY: _____ TITLE: _____

SIGNATURE: _____ DATE: _____