

7000 SW 62nd Avenue, Suite 350  
South Miami, FL 33143

**AUTHORIZACION PARA SUMINISTRAR INFORMACION MEDICA**

Nombre: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

**Por favor marque todos los espacios que corresponda:**

\_\_\_\_\_ Autorizo que dejen mensajes telefónicos o por correo electrónico:

**Tel.** \_\_\_\_\_ **Email:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Por favor, **NO** dejar información medica a nadie, solamente a mi.

\_\_\_\_\_ Autorizo a las siguiente personas a recibir mi información médica:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

---

**LEY DE HIPAA**

Con mi firma confirmo haber leído la Notificación Privada Federal (HIPAA).

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha