

Christina Kwasnica, MD  
Matthias Linke, DO  
David Jung, MD  
Joseph Ostler, M.D., PhD



**Autorización Para Usar o Revelar Información de Salud Protegida**

Yo autorizo Valley Physical Medicine & Rehabilitation, PC divulgar información protegida de la salud de mi historial medico a la persona o instalación que se enumeran a continuación.

Para el Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_--\_\_\_\_--\_\_\_\_

Por favor, libere todos los registros médicos o información solicitada al medico siguiente o instalación:  
Nombre, dirección, y número de telé del destinatario:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Información específica que debe divulgarse:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Autorizo al proveedor a usar o divulgar información relacionada con: (Rodear Sí o No)

SIDA/VIH y Otras Enfermedades Transmisibles	Sí	No
Atención de Salud Conductual/Atención Psiquiátrica	Sí	No
Tratamiento del abuso de alcohol y/o drogas	Sí	No

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente o descripción de la autoridad para actuar en favor del paciente

La liberación es válida por un año a partir de la fecha de vigencia firmada. Para revocar mi autorización, debo presentar una solicitud por escrito a Valley Physical Medicine & Rehabilitation, P.C.