

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



Autorización Para Usar o Revelar Información de Salud Protegida

Yo autorizo _____ divulgar información protegida de la salud de mi historial médico 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 médico siguiente o instalación:
Nombre, dirección, y número de teléfono del destinatario:

Valley Physical Medicine & Rehabilitation, P.C.
Proveedor (Si Procede): _____
222 W. Thomas Rd, Ste 114, Phoenix, AZ 85013
Telefax: (602) 406-6302 Teléfono: (602) 406-6304

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.