

**Premier Physical Therapy**

**Formulario de Divulgación de Información Médica  
Formulario de Autorización de HIPAA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

No podemos divulgar la información sobre su tratamiento/cuenta a nadie a menos que nos dé permiso por escrito.

☐ Autorizo la divulgación de información, incluidos el diagnóstico, los historiales, los exámenes que se me hayan realizado y cualquier información sobre reclamaciones o declaraciones. Esta información puede ser divulgada a:

☐ Nombre del Cónyuge: \_\_\_\_\_

☐ Nombre(s) del (de los) Niño(s): \_\_\_\_\_

☐ Nombre de los Padres: \_\_\_\_\_

☐ Otro Nombre: \_\_\_\_\_

☐ La información no se divulgará a nadie.

Esta cesión de información permanecerá en vigor hasta que yo la rescinda por escrito.

Mensajes

Por favor, póngase en contacto conmigo en ☐ casa ☐ trabajo ☐ móvil/mensaje de texto ☐ correo electrónico ☐ todos

Número \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Si no puede localizarme:

☐ Puede dejar un mensaje/correo electrónico/mensaje de texto detallado

☐ Por favor, deje un mensaje/correo electrónico/mensaje de texto pidiéndome que me ponga en contacto con usted

☐ Otros

\_\_\_\_\_

La mejor hora para localizarme es (día) \_\_\_\_\_ entre (hora) \_\_\_\_\_.

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina.

Firmado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_