

James Dettling, M.D.

**Autorizacion Para Revelar Informacion De Salud Protegida A Familiar Y/O A Enfermera.**

---

En caso que tengamos que dar resultados de pruebas o informacion medica podemos.....

- Dejar mensaje en contestador automatico
- Dejar mensaje con un familiar o conyuge
- Hablar a su celular, el numero es \_\_\_\_\_
- Hablar a su trabajo, el numero es \_\_\_\_\_
- Hablar directamente con migo

Yo, \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_, doy autorizacion a Dr. Dettling y a su Personal revelar mi informacion de salud a los siguiente familiares, amistades, y enfermeras.

Nombre: _____	Relacion: _____

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar la autorizacion a cualquier tiempo, y debo de hacer una carta escrita revocando mi autorizacion y entregar a medicos registros.

Yo entiendo que la revocacion no sera aplicada a la informacion que ya a cido soltado en respuesta a esta autorizacion. Yo entiendo que la revocacion no sera aplicada a la informacion participando en vias de tratamiento, pagos o asistencia medica notado en el aviso de practicas privadas.

Yo entiendo que autorizar revelar informacion de salud protegida es voluntario. Yo puedo negar firmar la forma, y no tengo que firmar la forma para continuar tratamiento. Yo entiendo que revelar la informacion. lleva a cabo potencial en inautorizacion revelado y la informacion no sera protegerida por reglas confidencial federales. Si Ud. tiene preguntas sobre la revelacion de su informacion de salud puede referir a su Aviso de Privacidad que fue obtenido por la oficina del doctor.

Menos que de otro modo sea revocado, esta autorizacion expira en la siguiente fecha, evento o condicion: \_\_\_\_\_ . Si falla de especificar una fecha esta autorizacion se expira en un ano de la firma de esta forma.

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente

Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Guardian/Representante

Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Empleado

Fecha \_\_\_\_\_