



PERMISO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Información que habrá de divulgarse:

Síntesis del tratamiento hasta la fecha

Informe

Otra: _____

Finalidad de la divulgación:

Coordinación de cuidados

Otra: _____

Personas autorizadas a efectuar la divulgación: _____

Personas autorizadas a recibir la divulgación: _____

Método de divulgación:

Escrito : _____

Verbal: _____

Electrónico: _____



Fecha: _____ Fecha de expiración del permiso: _____

Entiendo que la información acerca de mi salud está bajo protección legal. Autorizo la divulgación de información reservada acerca de mi salud conforme a lo aquí manifestado. Entiendo que mi consentimiento es voluntario y que puedo revocar este permiso en cualquier momento, salvo en la medida que la información ya se haya divulgado de acuerdo con esta autorización. En caso de que resolviera revocar este permiso lo consignaré por escrito.

Firma del cliente: _____ Fecha : _____

Firma del representante personal: _____ Fecha: _____