



Atlanta Perinatal Associates

www.atlantaperinatal.com

Formulario de Autorización Medica

(Formulario de Autorización de HIPAA)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

Liberación de información:

Autorizo la divulgación de información, incluyendo el diagnóstico, los registros, o examen, rendido a mi. Esta información se le puede dar a los siguientes:

Marido _____

Hijo/Hija _____

Otros _____

La información no es para ser entregada a cualquier persona

Esta Divulgación de información permanecerá en efecto hasta que sea terminado por mí en escrito

Mensajes:

Favor de llamar Mi casa Mi trabajo Mi celular: _____

Si no se pueden comunicar conmigo:

Puede dejar un mensaje detallado

Por favor deje un mensaje pidiéndome que devuelva la llamada

El mejor momento para comunicarse conmigo (día) _____ A las (Hora) _____

Firma: _____ Fecha: ___/___/___

Testigo: _____ Fecha: ___/___/___