



Cordero, Perez-Silva & Rodriguez, MD PA

2700 SW 3 Avenue, Suite 1-F

Miami, Florida 33129

Tel: (305) 285-2574

Fax: (305) 285-5505

Autorización para difundir información

Yo, _____, siendo el paciente (padre, tutor o apoderado autorizado) concedo mi permiso a Cordero, Perez-Silva & Rodriguez, PA y sus representantes autorizados para divulgar las siguientes historias clínicas y expedientes que contengan información sobre mi salud a las personas u organizaciones y para los fines que se describen a continuación:

Practica

Dirección

Ciudad, estado, código postal

Numero de teléfono

Descripción específica de la información médica o de salud que se divulgará

_____ El expediente medico relacionada a (por favor especifica) _____

_____ Todo el expediente medico

Razón por conceder permiso para divulgar el expediente:

Este permiso tiene validez por 12 meses a partir de la fecha en que yo lo firme; a menos que revoque mi permiso antes de esa fecha. Usted tiene el derecho de revocar su permiso en cualquier momento. Usted no podrá recuperar la información que se haya divulgado a otras personas u organizaciones antes de revocar su permiso; la revocación del permiso no afectará ninguna acción realizada antes de dicha revocación.

Escribir nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Firma (paciente, tutor o apoderado autorizado)

Fecha