



# 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