



**FORMULARIO PARA AUTORIZACIÓN DE REPRESENTANTE PERSONAL PARA
DIVULGACIÓN MÉDICA**

Autorizo a Chapa-De Indian Health a hablar con el siguiente representante personal con respecto a (marque una):

Toda información médica, incluyendo, pero no limitada a registros relacionados con exámenes, tratamientos, consultas, registros de facturación, radiografías e informes, historial, hallazgos de laboratorio, informes de admisiones y alta, registros de tratamiento, diagnóstico y pronóstico y registros, notas de enfermeras y médicos y cualquier otra información no médica en mi archivo.

Solo los siguientes tipos de información:

La información médica anterior solo se divulgará a las siguientes personas:

Nombre del Representante Personal	Relación	Teléfono #
_____	_____	_____

Entiendo que puedo rescindir este formulario de Autorización de Representante Personal y debo notificar a Chapa-De por escrito con respecto a la terminación y la fecha de vigencia.

Esta autorización seguirá en vigor (marque una)

Hasta que se revoque por escrito

hasta la fecha de _____

Nombre: _____ Nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Número de cuenta: _____