



## Autorización para la diseminación de información

1. El abajo firmante: <input type="checkbox"/> solicitud <input type="checkbox"/> autorizar		Persona/Agencia:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Para liberar el historial médico de:		
Nombre:		SS#
Fecha de nacimiento:     /     /	Fechas de servicio profesional:	
2. Información para ser liberado (persona y/o agencia de publicidad):		
Dirección:		Teléfono:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
3. Tipo de información a ser liberados:		
4. El propósito de la liberación:		

**Limitación de tiempo de liberación:** este consentimiento está sujeto a revocación en cualquier momento, proporcionando la información no ha sido revelada. Por favor, consulte nuestro Aviso de Prácticas de privacidad para obtener instrucciones acerca de cómo revocar esta autorización.

Esta autorización caduca en \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (no superior a un año) o el evento \_\_\_\_\_.

**Prohibición de redisclosure:** Esta información ha sido revelada a usted a partir de registros protegidos por normas de confidencialidad Federal (42 CFR parte 2) y/o la ley del estado de Ky. Las normas federales y/o KY la ley estatal prohíbe la realización de más a menos que la divulgación de esta información posterior divulgación esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a la que pertenece o de cualquier otra manera permitida por 42 CFR parte 2 y/o la ley del estado de Ky. Una autorización general para la liberación de información médica o de otra índole **NO ES** suficiente para este propósito. Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar criminalmente a cualquier cliente de abuso de alcohol o drogas.

Fecha	Firma del cliente/paciente/residente
Testigo	Firma del cliente/residente/del agente o representante del paciente

Este formulario debe contener las firmas originales. Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

A continuación completa sólo si el consumidor desea revocar la autorización anterior	
Yo, _____ desea revocar esta autorización.	
Fecha	Firma del consumidor, el tutor o el representante autorizado
Fecha	Testimonio de senderos, Inc.