



Brazos Heart Rhythm
Complex Arrhythmia Specialists

FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA (HIPAA)

Nombre: _____ Fecha: ____/____/____

Divulgación de información

Autorizo la divulgación de información, incluido el diagnóstico, los registros, el examen que se me hizo y la información de reclamos. Esta información puede divulgarse a:

Padre(s)

Nombre(s): _____

Esposo/a

Nombre: _____

Hijo/a(s)

Nombre(s): _____

Otro

Nombre(s): _____

La información **NO** se divulgará a nadie.

Esta **Divulgación de información** permanecerá vigente hasta que yo la rescinda por escrito.

Información de contacto

Prefiero ser contactado por mi número de (casa/móvil/trabajo): _____.

Pueden:

Déjame un mensaje detallado.

Déjame un mensaje pidiéndote que te devuelva la llamada.

Por favor no me dejes un mensaje.

Firma: _____

Fecha: ____/____/____