



AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR INFORMACIÓN DE SALUD
(AUTHORIZATION TO REQUEST HEALTH INFORMATION)

Side 2 of 2

LLENE TODOS LOS ESPACIOS DE ESTE FORMULARIO

Nombre del paciente o afiliado (en letra de imprenta): _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Yo autorizo a Christiana Care a SOLICITAR mi información de salud a:

Enviar vía: Correo Fax Llamada VPN línea

A:

(Nombre y organización)

(Nombre y organización)

(Dirección)

(Dirección)

(Ciudad, estado y código postal)

(Ciudad, estado y código postal)

A la atención de: _____

A la atención de: _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Fax: _____

Los registros se necesitan por la siguiente razón: _____

Se necesita la siguiente información (especifique): _____

En referencia a lo siguiente:

| Fechas de consultas | Ubicación, departamento y tipo de servicio |
|---------------------|--|
| | |

Vencimiento de esta autorización.

Esta autorización vence en 180 días o en la siguiente fecha o situación ocurrida: _____
(especifique fecha o situación)

Revocación de esta autorización. Esta autorización puede revocarse en cualquier momento, pero no es retroactiva para solicitudes que hayan sido cursadas de buena fe. Para revocar esta autorización, entregue una solicitud por escrito al departamento a cargo de divulgar su información.

Firma del paciente o afiliado
(Signature of Patient/Member)

Número de teléfono
(Telephone No.)

_____/_____/_____
Fecha
(Date) **or,**

Firma del representante legal y relación con el paciente o afiliado
(Signature of Legal Representative and Relationship to Patient/Member)

Número de teléfono
(Telephone No.)

_____/_____/_____
Fecha
(Date)

La entidad que entrega los registros no debe condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la idoneidad para los beneficios a la realización de esta autorización.

Interpretation: The information has been presented to the: patient representative decision maker in (language): _____
_____. The person who provided the interpretation is a qualified medical interpreter.

Interpreter Name

Agency and ID# (if applicable)

Witness Signature

Print Name

_____/_____/_____
Date Time

A photocopy of the signed authorization form is as valid as the original