



1044 State Street, Schenectady, New York 12307
Tel: (518) 370-1441
67 Division St, Amsterdam New York 12010
Tel: (518) 627-2110
www.hometownhealthcenters.org

Consentimiento para Divulgar Información de Salud Protegida

Yo, _____, autorizo _____
(Imprima su nombre) *(Imprima el nombre de la persona/entidad que usted autoriza)*

a divulgar mi información de salud personal, la cual consiste en:

(Describe el tipo de información de salud personal que será divulgada)

ó
 la información de salud personal de _____
(Nombre de la persona por la cual usted toma decisiones)*

consistiendo en: _____
(Describe el tipo de información de salud personal que será divulgada)

to _____
(Imprima el nombre y dirección de la persona requiriendo la información)

Yó entiendo que este consentimiento es valido solo para divulgar la información de salud protegida a la persona indicada en este documento. Tambien entiendo de que puedo negarme a firmar este consentimiento.

Nombre del Paciente: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Firma: _____

Nombre del Testigo: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Firma: _____

***Tenga en cuenta: Nombre de la personal por la cual usted toma decisiones** - es una persona autorizada bajo la ley HIPAA, para dar consentimiento, recibir información y/o divulgar información de salud personal a nombre de otro