



**HOT SPRINGS
HEALTH PROGRAM**

**Aviso
Formulario para la divulgación de información**

Para: pacientes de Hot Springs Health Program

Muchas veces, los pacientes desean que nos comuniquemos con los familiares o amigos que les brindan asistencia para los pagos o el tratamiento. A continuación, enumere a los familiares o amigos a quienes autoriza a recibir información sobre la facturación o la atención médica.

_____ Nombre	_____ Relación	_____ Número de teléfono
_____ Nombre	_____ Relación	_____ Número de teléfono
_____ Nombre	_____ Relación	_____ Número de teléfono
_____ Nombre	_____ Relación	_____ Número de teléfono

La presente autorización permanecerá vigente hasta que usted la revoque. Esta autorización solo tiene fines informativos. Si desea que alguien reciba una copia de su historia clínica, solicite un formulario de autorización médica. Es posible que se le cobre un cargo por las copias de su historia clínica.

Nombre del paciente (letra imprenta)

Firma del paciente (*si el paciente tiene menos de 18 años, es necesario que firme uno de los padres o tutores legales*)

Fecha de nacimiento del paciente

Fecha de la firma