

Firma del paciente o de su representante personal que puede solicitar la divulgación

Entiendo que no estoy obligado(a) a firmar esta autorización, y que no se me negará el tratamiento ni el pago de los servicios si no firmo este formato, salvo que se indique arriba en el apartado de Propósito de la solicitud. Puedo revisar o sacar copia de la información de salud protegida que se usará o divulgará. Autorizo que esta información se comparta con cualquier integrante de OP ACE que la requiera para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Autorizo a OP ACE a divulgar la información de salud protegida indicada anteriormente.

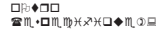
Firma: _____

Fecha: ____/____/____

Facultad para firmar (si no es el paciente): _____

Parentesco: _____

Identidad del solicitante verificada mediante: oIdentificación con foto oFirma coincidente



Verificado por: _____

Nombre en letra de molde: _____