



Autorización para Liberar información

Paciente: _____ Fecha de
Nacimiento _____

Sin su aprobación previa, los personales de Sports Medicine Oregon no pueden discutir su información médica con familiares o amigos. Por favor liste los nombres de las personas que usted quiera tener involucrado en su tratamiento médico. Esta información puede ser cambiada o removida con su permiso a cualquier momento.

Yo doy permiso que mi información sobre mi estado de salud sea discutido con:

<u>Nombre</u>	<u>Relación</u>	<u>Numero Telefónico</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Yo entiendo que esto puede incluir información sobre my diagnosis, prognosis, plan de tratamiento, medicamentos, instrucciones, resultados diagnósticos, recordatorios de citas, fractura médica, seguridad, y cualquier otra información médica pertinente a mi cuidado.

Firma: _____ Fecha: _____

Yo niego que mi información médica sea discutida con mi familia o amigos