

# SPANISH HILLS MEDICAL GROUP

VICTOR ALCOCER, M.D. FACP, SERGIO NEIRA, M.D., JOSE MAURICIO PLEITEZ, M.D.  
1901 OUTLET CENTER, SUITE 200  
OXNARD, CA 93036  
(805)981-8300 FAX: (805)981-8302

## LA LIBERACION DE INFORMACION MEDICA O FINANCIERA

DEBIDO A CAMBIOS RECIENTES EN EL ESTADO Y POLÍTICA FEDERAL QUE RELACIONAN A LA PRIVACIDAD ES NECESARIO TENER POR ESCRITO PERMISO PARA DISCUTIR INFORMACIÓN PERSONAL, MÉDICA O FINANCIERA COMO EL LABORATORIO, RADIOGRAFIAS, DIAGNÓSTICO Y EL PRONOSTICO CON CUALQUIER OTRA PERSONA APARTE DE USTED COMO ESPOSO/A, HIJO/A, PARIENTES O AMIGOS/AS.

POR FAVOR INDIQUE CUALQUIER PERSONA PARA QUIEN USTED NOS PERMITIRÁ DAR CUALQUIER INFORMACIÓN MÉDICA O FINANCIERA. SI NADIE ES ASIGNADO ENTONCES NOSOTROS SOLO DISCUTIREMOS SU INFORMACIÓN MÉDICA O FINANCIERA CON USTED. LA INFORMACIÓN TODAVIA SERÁ PROPORCIONADA A OTROS PROVEEDORES DE ASISTENCIA MÉDICA, HOSPITALES O SUS CONPANIAS DE SEGURO PARA EL PROPÓSITO DE AUTORIZACIONES O OTRAS REFERENCIAS DE TRATAMIENTO O ESPECIALIDAD. LA INFORMACIÓN A CUALQUIER OTRA ENTIDAD NECESITARA SU FIRMA SEPARADA ESPECÍFICAMENTE LA AUTORIZACIÓN PARA EL ACCESO A SU EXPEDIENTE MEDICO.

PARA PODER LIBERAR LA SIGUIENTE INFORMACION **CONFIDENCIAL** POR FAVOR MARQUE LA CASILLA EN QUE TIPO DE INFORMACION SEA REVELADA:

- INFORMACIÓN PSIQUIÁTRICA \_\_\_\_\_ (INICIALES Y FECHA)  
 ALCOHOL/DROGAS \_\_\_\_\_ (INICIALES Y FECHA)  
 LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA DEL VIH \_\_\_\_\_ (INICIALES Y FECHA)

YO POR EL PRESENTE LE AUTORIZO A DAR MI INFORMACIÓN MÉDICA O FINANCIERA AL SIGUIENTE:

NOMBRE

RELACIÓN

---

---

---

---

---

---

---

---

SI TIENES NOMBRE ADICIONALES POR FAVOR ANÓTELOS DETRÁS DE ESTA HOJA.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO

\_\_\_\_\_  
FECHA

