AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN
Refuah Health Center
Número de Fax 845.354.3305

Nombre de Paciente:	Fecha de Nacimiento:	Refuah Chart Number:
Dirección de Domicilio:	Otro Nombre:	
Ciudad/Estado/Código Postal	Número de Teléfono:	

Yo autorizo que el siguiente centro /centros médicos divulgue información médica identificable individual sobre mí. _____ _____ **Nombre de Clínica** **Numero de Clínica** _____ _____ **Nombre de Clínica** **Numero de Clínica** _____ _____ **Nombre de Clínica** **Numero de Clínica**	**A:** Refuah Health Center 728 North Main St. Spring Valley N.Y. 10977 845-354-9300 ext 1510

Información Específica Solicitada:

- Todos los archivos medicos

- Periodo de tiempo: De: A:
- Otro: (Favor de Especificar)

Información ha de ser usada para propósito de:

- Tratamiento médico continuo

Esta autorización se vencerá 6 meses desde la fecha solicitada. Esta autorización puede ser anulada por mí en cualquier tiempo por un aviso escrito o verbal a Refuah Health Center, salvo en la medida que Refuah Health Center se haya apoyado en la autorización.
Refuah Health Center no determinará tratamiento, pago, matriculación o elegibilidad por beneficios basado en que yo firme esta autorización.
Yo entiendo que siempre existe el potencial que la información que Refuah Health Center divulgue a una tercera entidad bajo esta autorización puede divulgarse de nuevo por esa tercera entidad y ya dejar de ser válida bajo esta autorización.
Yo entiendo asimismo que información de clase específica que se puede divulgar puede, si es aplicable incluir: Tratamiento Psicológico, Diagnosis, Prognosis y tratamiento para Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, Complejo Relacionado al Sida, o Infección de Inmunodeficiencia Humana por cualquier fecha de servicio.

Firma del Paciente o Persona Autorizada:	Fecha:
Relación al Paciente Autorizado:	
Imprimir Nombre:	
Witness:	