



Falcon Sleep Center
 120 Alexandria Blvd.
 Suite 19
 Oviedo, FL 32765

Phone: 407-365-3033
 Fax: 407-365-3034
 Toll Free: 1-855-5FALCON
 (1-855-532-5266)
www.falconsleepcenter.org

Falcon Sleep Center Metrowest
 6000 Metrowest Blvd.
 Suite 104
 Orlando, FL 32835

Autorización para Utilizar o Divulgar Información Medica

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 (Por favor escriba su nombre completo)

1. Yo autorizo el uso o la divulgación de información sobre la salud del individuo antes mencionado por Falcon Medical Group, Inc., como se describe a continuación.
2. El tipo de información a ser utilizada o revelada es la siguiente:
 - Clínica de progreso o Nota
 - Historia y Informe Física
 - Nota CareLine
 - Proyecto de Ley de Servicio
 - Operativo I Procedimiento de Informe
 - Otros: _____

La información anterior puede ser liberada para el periodo de _____

3. Entiendo que la información en mi historia de salud puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, VIH I SIDA, servicios de salud mental o abuso de drogas y alcohol.
4. La información indicada anteriormente puede ser utilizada o revelada a la siguiente persona(s) u organización(s):

 Nombre de la Organización o Individuo

 Dirección

 Numero de teléfono

 Número de fax

5. Esta información que yo estoy autorizando la revelación será utilizada para los siguientes propósitos:
 - Mi uso personal
 - Otros
 - Compartir con otros proveedores de atención médica
6. Yo entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización tengo que hacerlo por escrito y presentar mi renuncia por escrito al departamento de registros médicos. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido lanzado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguro cuando la ley le otorgue a mi asegurador el derecho a impugnar una reclamación bajo mi plan médico.
7. Esta autorización se vencerá en _____. Si no indiqué una fecha de vencimiento, esta autorización expirará en seis meses a partir de la fecha de esta autorización.
8. Entiendo que de una vez que la información se da a conocer, puede ser revelada por el recipiente, y la información no puede estar protegida por las Leyes federales de privacidad o los reglamentos.
9. Entiendo que el uso de la divulgación de la información indicada arriba es voluntario. No necesito firmar este formulario para garantizar el acceso a tratamiento médico.

 Firma del paciente o representante legal

 Fecha

Si es firmado por un representante legal, relación con el paciente: _____

 Firma del testigo

 Fecha