

Neil H. Hecht, DPM  
4835 Van Nuys Blvd. Suite 108 Sherman Oaks, CA 91403

**AUTORIZACION PARA DIVULGACION DE REGISTRO MEDICO**

Yo autorizo a \_\_\_\_\_ que revele mi información médica como se describe a continuación. Yo entiendo que esta es una autorización voluntaria. Yo entiendo que la información revelada hecha en consecuencia de esta autorización puede ser objeto de una divulgación por el recipiente y puede no ser protegido por ley estatal o federal. Yo entiendo que yo puedo ver y copiar la información descrita en esta forma si la pido, y que yo voy a recibir una copia de esta forma después de firmarla. Yo entiendo que yo puedo revocar esta autorización a cualquier hora dando noticia en escrito a la dirección anterior, pero si lo hago no afectara ningún acto hecho antes del recibo de mi revocación.

Yo entiendo que mi tratamiento no estará condicionado si proveo el uso de autorización al menos que (1) mi tratamiento esta relacionado con una investigación, o (2) servicios de cuidado medico sean proveídos únicamente para el propósito de crear información medica que sea revelada a una tercera persona.

**Nombre del paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha De Nacimiento** \_\_\_\_\_

**Personas/organizaciones que reciban la información:**

**Neil H. Hecht, DPM**  
**4835 Van Nuys Blvd. Suite 108**  
**Sherman Oaks, CA 91403**

**La información especifica revelada:**

Archivo Medico Completo

**O especifique uno o más de los siguientes:**

Reportes Operativos  
Notas Progresivas  
Notas De Laboratorio  
Rayos X  
Informes De Facturación  
(Otro-especifique) \_\_\_\_\_

Esta información es para ser usada/revelada para los siguientes propósito(s) solamente:

\_\_\_\_\_  
(No se necesita saber el propósito si la petición fue hecha por el paciente y el paciente no desea revelar la razón)

Esta autorización expira el \_\_\_\_\_

_____	Date _____
<b>Firma Del Paciente o Representante De Paciente</b> (Forma DEBE estar completa antes de firmar.)	
<b>Nombre Del Representante Del Paciente</b> (si aplicable): _____	
<b>Relación al Paciente</b> (si aplicable): _____	
*USTED TIENE DERECHO A UNA COPIA DE ESTE DOCUMENTO*	