



## Divulgación de información médica

Yo, \_\_\_\_\_, fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ por la presente permito Centros **de atención médica**. Divulgar parte o toda mi información médica, incluidos SIDA/VIH, salud mental y problemas relacionados con el alcohol/drogas.

A:

**Nombre:**

**Relación:**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

- Notas de progreso según lo solicitado
- Laboratorios y radiografías
- Correspondencia
- Datos demográficos personales
- Diagnóstico
- Otra información \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente/tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**