



13307 Miami Lane • Caldwell, Idaho 83607 • 208.455.5300 • Fax 208.455.5386

1008 E. Locust  
Emmett, ID 83617  
208.365.6371

1155 3<sup>rd</sup> Ave. N.  
Payette, ID 83661  
208.642.9321

46 W. Court St.  
Weiser, ID 83672  
208.549.2370

**AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION MÉDICA**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

AUTORIZO QUE LA INFORMACION MÉDICA DE LA PERSONA ARRIBA MENCIONADA SEA REVELADA:

PARA / DE: SOUTHWEST DISTRICT HEALTH PHONE: 208-455-5300  
13307 MIAMI LANE FAX: 208-455-5386  
CALDWELL, IDAHO 83607

PARA / DE: \_\_\_\_\_ PHONE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PROPOSITO O NECESIDAD DE REGISTRO: \_\_\_\_\_

COPIAS QUE DEBEN SER PROPORCIONADAS: (MARQUE LOS QUE CORRESPONDAN)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> LABORATORIOS           | <input type="checkbox"/> ORDENES DE DOCTOR/MEDIO NIVEL Y NOTAS DE PROGRESO |
| <input type="checkbox"/> ELECTRO KARDIO GRAMA   | <input type="checkbox"/> REGISTRO DE ABUSO DE ALCOHOL O DROGAS             |
| <input type="checkbox"/> PATOLOGIA              | (PACIENTE DEBE PONER INICIALES _____ PARA SER VALIDO)                      |
| <input type="checkbox"/> REPORTES DE RAYOS-X    | <input type="checkbox"/> DIAGNOSIS DE ETS Y/O SIDA. PRUEBAS DE VIH Y/O ETS |
| <input type="checkbox"/> NOTAS DE PROCEDIMIENTO | (PACIENTE DEBE PONER INICIALES _____ PARA SER VALIDO)                      |
| <input type="checkbox"/> OTRO                   | <input type="checkbox"/> NOTAS DE SALUD MENTAL Y CONSEJERIA                |
|   | (PACIENTE DEBE PONER INICIALES _____ PARA SER VALIDO)                      |
|   | <input type="checkbox"/> NOTAS DE CONSULTA CON LICENCIATURA PROFESINAL     |

ESTA AUTORIZACION ES VALIDA POR UN AÑO A PARTIR DE HOY, A MENOS QUE SEA REVOCADA POR ESCRITO

Yo entiendo lo siguiente:

- Tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto hasta el punto que la información ya haiga sido mandada por medio de esta autorización.
- La información divulgada en respuesta a esta autorización puede ser revelada a terceros.
- Mi tratamiento o el pago de mi tratamiento no puede estar condicionado a la firma de esta autorización.

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

TESTIGO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_