**AUTORIZACION PARA OBTENER HISTORIA MÉDICA**

**Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Nombre del Paciente)**

**Fecha de Nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Últimos 4 dígitos del Seguro Social #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Doy al Dr.** *ERICK H. ALAYO* autorización para que obtenga y comparta mi historia médica de/a:

(Nombre) (Teléfono)

(Dirección)

LA SIGUITENTE INFORMACION ES ESPECIALMETE AUTORIZADA PARA QUE SE COMPARTA:

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Our Notice of Privacy Practices provides information about our use of a patient’s protected health information (PHI). The notice contains a Patient Rights section describing your rights under the law. Patient’s have the right to access, inspect, and copy protected health care information used to make decisions about them.