

Confidencialidad

Importante: Nosotros mantenemos su información médica de manera confidencial y NO será difundida a ninguna persona a no ser que usted nos autorice por escrito a hacerlo.

PARA DISCUTIR MI INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL

Si no estoy presente, yo autorizo a Muñoz Medical / Dr. Mauricio Muñoz o cualquier personal del centro médico a discutir, difundir u obtener información médica con los familiares/amigos nombrados a continuación:

Nombre _____

Relación con el paciente _____ Teléfono _____

Nombre _____

Relación con el paciente _____ Teléfono _____

Nombre _____

Relación con el paciente _____ Teléfono _____

Yo entiendo que esta autorización es válida y estará en efecto hasta que yo, por escrito, haga cancelación de la misma.

Nombre _____ Firma _____

Fecha de hoy ____ / ____ / ____

Difusión de Información Médica

Yo, _____ con Carnet de Identidad Nr. _____ autorizo a Muñoz Medical / Dr. Mauricio Muñoz a difundir y/o compartir información a cerca de mi salud, por cualquier motivo relacionada a mi diagnóstico y/o tratamiento, a personal de salud y otros doctores que sean parte de mi cuidado médico, incluyendo entre otros cualquier solicitud enviada por médicos consultantes y/o por arte de mi seguro de salud.

Nombre _____ Firma _____

Fecha de hoy ____ / ____ / ____