



Autorización Para Distribuir Información Médica

Nombre de Afiliado: _____
Número del Seguro Social: _____
Fecha del Nacimiento: _____

Autorizo _____ (Médico Primario / Facilidad) para que distribuye información que forma parte de mi archivo médico. Esto incluye los registros de alcohol y droga, los registros mentales de la salud, y la información dada por mí a trabajador/es social o psicólogos. Las siguientes personas y/o las facilidades pueden recibir una copia de mis historiales médicos.

Nombre	Dirección	Número de Teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Esta información es necesaria por las siguiente razones:

Seleccione por favor una de las siguientes opciones:

- Estoy de acuerdo y mis archivos médicos se pueden distribuir (pueden incluir los registros listado arriba).
- Yo no quiero que la siguiente información/registros sean distribuido con mi archivo médicos:
 - Archivo / Información del Alcohol
 - Archivo / Información de la Droga
 - Archivo / Información de Salud Mental
 - Reportes / Information de Psicólogos y/o Trabajador/es Social
 - Otro. Por favor listar aquí: _____

Comprendo que renuncio el estatus confidencial de mis archivos médicos para el propósito (propósitos) indicó arriba. Comprendo que este consentimiento se quedará vigente para un año o a través de este tratamiento, el que es más largo. Yo también comprendo que puedo cancelar esta autorización en tiempo por carta escrita al proveedor del tratamiento y Simply Healthcare Plans, Inc. Reconozco que he leído y he comprendido esta forma y su contenido.

Firma de Paciente (el guardián, si el paciente es incapaz de firma) _____ Fecha

Relación al Paciente, si firmado por el guardián _____ Fecha

Testigo _____ Fecha

Simply Healthcare Plans, Inc.
PO Box 830010
Miami, FL 33283