



## Autorización para Divulgar Información de Salud Personal y Protegida

Yo, \_\_\_\_\_ por la presente autorizo a \_\_\_\_\_  
a divulgar la siguiente información \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_

para el siguiente propósito \_\_\_\_\_

Marque la casilla correspondiente:

Entiendo que al firmar esta autorización, autorizo la divulgación de mi información de salud personal / protegida identificable individualmente para el propósito mencionado anteriormente.

Entiendo que al firmar esta autorización, autorizo la divulgación de la información de \_\_\_\_\_ la persona identificable con el nombre de y a quien represento legalmente para el propósito mencionado anteriormente.

(Adulto / Padre / Representante Legal / Autorizado)

Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_