



Hackensack  
Meridian *Health*  
Medical Group

**AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS**

**Información del paciente: Doy permiso a divulgar la información médica de este paciente:**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Formulario de divulgación de información:**

\_\_\_\_\_  
(Lista de las instalaciones o consultorios correspondientes)

\_\_\_\_\_  
(Teléfono) (Fax)

**Doy permiso a divulgar la información a estas instalaciones:**

\_\_\_\_\_  
(Nombre de la instalación, persona o compañía)

\_\_\_\_\_  
(Dirección o casilla de correo (PO Box), ciudad, estado, código postal)

\_\_\_\_\_  
(Teléfono) (Fax)

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Nombre en letra de imprenta:** \_\_\_\_\_

**Relación con el paciente:** \_\_\_\_\_

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