



Dr. Angela M Giron

3661 S Miami Ave, Ste 1002 | Miami, FL 33133

Teléfono: 786.502.2688 | Fax: 786.502.2699 | Info@DocGiron.com |

Autorización para divulgar información médica

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre anterior: _____

Seguridad social #: _____

Solicito y autorizo al Dr. _____
para divulgar la información sanitaria del paciente
nombrado arriba para:

Médico Dirección: _____

Médico Teléfono: _____

Esta solicitud y autorización se aplica a:

Healthcare information relating to the following treatment, condition, or dates

Lista: _____

All healthcare information

Other

Información adicional: _____

Definición: Enfermedad de transmisión sexual (STD) según lo definido por la ley, RCW 70,24 y siguientes, incluye herpes, simplex de herpes, virus del papiloma humano, Verruga, Verruga genital, condiloma, clamidia, uretritis no específica, sífilis, VDRL, chancro, Linfogranuloma venereum, El VIH (virus de inmunodeficiencia humana), el SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) y la gonorrea.

Yes No

Autorizo la liberación de mis resultados de ETS, pruebas de VIH/SIDA, ya sean negativas o positivas, a la persona (s) listada arriba. Entiendo que la persona (s) listada arriba será notificada que debo dar permiso específico por escrito antes de revelar estos resultados de prueba a cualquiera.

Yes No

Autorizo la liberación de cualquier registro relacionado con drogas, alcohol o tratamiento de salud mental a la persona (s) listada arriba.

Firma del paciente: _____

Fecha firmada: ____

Esta autorización expira 90 días después de su firma.

Angela M Giron MD PA

3661 S. Miami Ave # 1002, Miami, FL 33133 • Tel. 786.502.2688 FaX: 786.502.2699