



SOLICITUD DE AUTOTIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACION DE SALUD

Yo, \_\_\_\_\_ por medio del presente documento autorizo a  
(Nombre en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
(Nombre en letra de molde del Medico u Hospital)

Para que divulgue información relacionada a mis antecedentes médicos, estado y tratamiento, además de copias de mis expedientes médicos, radiografías y cualquier resultado de análisis

(Información de salud protegida), a:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(Si se trata de un menor, debe firmar el padre, madre o tutor legal)