

7529 E. Broadway Rd., Mesa, AZ 85208
Rapid Referral Line: **480-945-4343** | Rapid Referral eFax: **480-522-3030**

3420 S. Mercy Rd., Ste. 300, Gilbert, AZ 85297
Rapid Referral Line: **480-878-4500** | Rapid Referral eFax: **480-522-3030**

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Otro nombre utilizado: _____ Número de seguro social: _____

Solicito y autorizo _____

la divulgación de la información de salud del paciente mencionado anteriormente para:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Esta solicitud y autorización se aplica a:

Información de salud relacionada con el siguiente tratamiento, condición o fechas:

Toda la información de salud

Otros:

Firma del paciente: _____ Fecha: _____