

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

A QUIEN CORRESPONDA:

Por el presente, el suscrito _____
autoriza que se proporcione todo documento u otra información médica que se encuentre en poder de
cualquier aseguradora, medico, hospital, servicio de ambulancia o enfermero(a) a cualquier representante
de _____
(en adelante “La Compañía”), relacionados con lesiones, historia médica y condición física y mental de mi
persona tanto anterior como posterior a la fecha de la presente autorización, al margen del tiempo
transcurrido.

A la presentación de esta autorización (o una fotocopia de ella), se le autoriza a proporcionar copia de tales
registros a cualquier representante de La Compañía. El suscrito entiende que la información divulgada en
virtud de esta autorización, puede ser, a su vez, divulgada por los destinatarios de la misma y dejar de estar
protegida por las leyes federales.

El objeto de la divulgación es a solicitud del suscrito, debiendo considerarse por tanto que la presente
Autorización de Divulgación de Información Médica cumple con los requisitos de la Ley de Portabilidad y
Responsabilidad de Seguro Médico (Código de Regulación Federal 45 § 164.508).

La fecha de vencimiento de esta autorización coincidirá con la fecha de resolución final de la reclamación
que tengo pendiente con La Compañía. El suscrito entiende que puede revocar la presente autorización en
cualquier momento mediante comunicación escrita a los prestadores del servicio médico y a La Compañía.

TESTIGO(S):

Testigo

Testigo

Numero de Reclamación

FIRMA:

Firma

Número de seguro social

Fecha

Form 3010F- SP

© 2006 Nationwide Publishing Company, Inc.

<http://www.claimspages.com>

Translation services provided by [http:// www.VerbatimLanguages.com](http://www.VerbatimLanguages.com)