



**Falcon Sleep Center**  
 120 Alexandria Blvd.  
 Suite 19  
 Oviedo, FL 32765

Phone: 407-365-3033  
 Fax: 407-365-3034  
 Toll Free: 1-855-5FALCON  
 (1-855-532-5266)  
[www.falconsleepcenter.org](http://www.falconsleepcenter.org)

**Falcon Sleep Center Metrowest**  
 6000 Metrowest Blvd.  
 Suite 104  
 Orlando, FL 32835

**Autorización para Utilizar o Divulgar Información Medica**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 (Por favor escriba su nombre completo)

1. Yo autorizo el uso o la divulgación de información sobre la salud del individuo antes mencionado por Falcon Medical Group, Inc., como se describe a continuación.
2. El tipo de información a ser utilizada o revelada es la siguiente:
  - Clínica de progreso o Nota
  - Historia y Informe Física
  - Nota CareLine
  - Proyecto de Ley de Servicio
  - Operativo I Procedimiento de Informe
  - Otros: \_\_\_\_\_

La información anterior puede ser liberada para el periodo de \_\_\_\_\_

3. Entiendo que la información en mi historia de salud puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, VIH I SIDA, servicios de salud mental o abuso de drogas y alcohol.
4. La información indicada anteriormente puede ser utilizada o revelada a la siguiente persona(s) u organización(s):

\_\_\_\_\_  
 Nombre de la Organización o Individuo

\_\_\_\_\_  
 Dirección

\_\_\_\_\_  
 Numero de teléfono

\_\_\_\_\_  
 Número de fax

5. Esta información que yo estoy autorizando la revelación será utilizada para los siguientes propósitos:
  - Mi uso personal
  - Otros
  - Compartir con otros proveedores de atención médica
6. Yo entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización tengo que hacerlo por escrito y presentar mi renuncia por escrito al departamento de registros médicos. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido lanzado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguro cuando la ley le otorgue a mi asegurador el derecho a impugnar una reclamación bajo mi plan médico.
7. Esta autorización se vencerá en \_\_\_\_\_. Si no indiqué una fecha de vencimiento, esta autorización expirará en seis meses a partir de la fecha de esta autorización.
8. Entiendo que de una vez que la información se da a conocer, puede ser revelada por el recipiente, y la información no puede estar protegida por las Leyes federales de privacidad o los reglamentos.
9. Entiendo que el uso de la divulgación de la información indicada arriba es voluntario. No necesito firmar este formulario para garantizar el acceso a tratamiento médico.

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
 Fecha

Si es firmado por un representante legal, relación con el paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
 Fecha