

## AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO DE LA SALUD

Yo autorizo a los miembros de Borinquen Medical Centers (y a la persona la cual sea autorizada), a proveer servicios medico, dentales, HIV/AIDS, notas de terapia de ciclo, de enfermería, de emergencia o servicios de salud mental y cualquier tratamiento que sea necesario a:

\_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL PACIENTE**

\_\_\_\_\_

**NO. DE RECORD MEDICO**

Yo autorizo a Borinquen Medical Centers a enviar y a recibir de cualquier proveedor de servicios de salud los expedientes médicos concernientes a mi tratamiento medico durante el pasado, presente y futuro; y ser de esto necesario para la continuidad de mi tratamiento todos los interesados estarán de acuerdo que toda esta información se mantendrá estrictamente confidencial.

Usted debe entender que todos los recordé médicos y de servicios sociales pueden ser mostrados y enviados a representantes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y de programas o proyectos patrocinados por este Departamento, con el objetivo de determinar el cumplimiento de las leyes, y regulaciones Federales que rigen a esta institución.

Yo certifico que he leído y entendido perfectamente esta autorización para médicos y para el intercambio de expediente médicos.

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

(Firma de Padres/Guardian Menor de 18)

**TESTIGO:** \_\_\_\_\_