



REM DIAGNOSTICS
SPECIALISTS IN SLEEP

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Solicito y autorizo a REM Diagnostics, Inc. a divulgar información de atención médica a la siguiente persona:

Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____

Teléfono: _____ Fax _____

Esta solicitud y autorización se aplica a **(por favor verifique)**:

- Información de atención médica relacionada con el siguiente tratamiento, afección o fechas:

1. Toda la información de Atención sanitaria

Autorizo la divulgación de cualquier registro relacionado con drogas, alcohol o tratamiento de salud mental Para la(s) persona(s) enumerado anteriormente. **Sí o No (por favor, haga un círculo)**

Entiendo que puedo cancelar este consentimiento en cualquier momento escribiendo a REM Diagnostics, Inc., pero que cancelarlo no afectará ninguna información que ya haya sido publicada. Esta autorización caducará cuando la cancele por escrito o el _____.

Nombre del paciente (letra de molde)

Fecha

Firma del paciente