



205 N Phoenix Rd., Ste. 325 | Phoenix, Oregon 97535  
P: (541) 690-1525 | F: (541) 690-1527 | [MurphyCreekWellness.com](http://MurphyCreekWellness.com)

## Autorización para Divulgar Información Médica Protegida

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

### Autorización

Solicito a Murphy Creek Wellness que revele información protegida de salud a:

Nombre \_\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ ¿Tenemos su permiso para dejar un mensaje? \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ ¿Tenemos su permiso para dejar un mensaje? \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ ¿Tenemos su permiso para dejar un mensaje? \_\_\_\_\_

Esta solicitud y autorización es aplicable a: (por favor marque a continuación)

Toda la información de salud (Médica y de Facturación)

Información de atención médica relacionada a los siguientes tratamientos, condiciones o fechas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

Permiso para dejar un mensaje

Entiendo que esta designación se aplica sólo a Murphy Creek Wellness.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### Revocación/Terminación

Solicito que se revoque/termine la designación hecha anteriormente.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de la firma \_\_\_\_\_