

Eastlake Sleep Center

841 Kuhn Dr. Suite 201 Chula Vista, CA91914

(619) 623-3816 (619) 623-3824

www.eastlakesleepcenter.com



AUTORIZACIÓN PARA PERMITIR DAR INFORMACIÓN

Yo, _____,
(Paciente/Guardian)

Mediante este documento autorizo para que Eastlake Sleep Center pueda dar la información requerida de la historia medica de,

_____ al
(Nombre del paciente)

médico que ha ordenado el estudio o a mi compañía de seguro.

(Firma del paciente/guardian)

(Fecha)

Esta información ha sido obtenida de los records cuya confidencialidad puede estar protegida por la Ley Federal. Regulaciones federales (42 CFR Part 2) prohíben dar más información excepto con el consentimiento escrito de la persona que lo autoriza. Una autorización general para dar esta información, a una tercera persona, no es suficiente para este propósito.