FFACTS Clinic, Robert B Green, University Health, 903 W Martin St., San Antonio, TX 78207
Teléfono: (210)358-3710 Número de fax: (210)358-5941

Autorización para la divulgación de información

Esta autorización para la divulgación de información es necesaria para comunicarnos con otros prestadores de servicios a fin de poder acceder a una atención médica continua y a una gama completa de servicios de calidad para el paciente. Probablemente en este momento no sea necesario comunicarnos con cada una de las agencias mencionadas, pero, de surgir esa necesidad en el futuro, este documento nos permitirá compartir la información. El paciente debe indicar las agencias a las que desee autorizar la divulgación de información a fin de acceder a los servicios. Puede elegirlas todas marcando "Todas las agencias mencionadas".

Nombre de la Agencia

Todas las agencias mencionadas	_____	Alamo Area Resource Center (Centro de Recursos en el Área de Álamo, AARC)	_____	UIW Rosenberg School of Optometry (Facultad de Optometría de la UIW Rosenberg)	_____
Centro Med	_____				
KIND Clinic (Clínica KIND)	_____	Christian Assistance Ministries (Ministerios de Asistencia Cristiana)	_____	Bexar Area Agency on Aging (Centro para la Tercera Edad del Área de Bexar, AACOG)	_____
B.E.A.T. AIDS	_____				
Lions Club (Club Leones)	_____	Center for Health Care Services (Centro de Servicios Médicos)	_____	San Antonio AIDS Foundation (Fundación contra el SIDA de San Antonio, SAAF)	_____
Elevate Dental	_____				
I-care San Antonio	_____	UT San Antonio Dental School (Facultad de Odontología de la UT de San Antonio)	_____	City of San Antonio Department of Human Services (Departamento de Servicios Humanos de San Antonio)	_____

Otra:_____

Esta autorización es voluntaria como parte de un consentimiento totalmente informado. Dicho consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, pero debe hacerse por escrito. He leído este documento en su totalidad y acepto los fines y procedimientos aquí indicados.

_____ / _____ / _____ / _____ A.M./P.M.
Firma del paciente O Representante Legal | Relación con el paciente | Fecha | Hora

_____ / _____ / _____ A.M./P.M.
Testigo | Fecha | Hora