

Autorización para el Médico de Referencia

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Número de fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Autorizo a Health Sphere Wellness Center, LLC a divulgar información de salud protegida a mi médico referente mencionado anterior. Cualquier información entregada a mi médico va a ser, pero no se limita, para obtener Ordenes de Terapia Física.

Entiendo que si es necesario obtener información del historial de pacientes específicos, yo firmare un formulario de publicación independiente para especificar la información necesaria.

Entiendo que yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Al hacer lo, yo enviare una notificación por escrito a Health Sphere Wellness Center, LLC en 5054 Thoroughbred Lane, Brentwood, TN 37027.

\_\_\_\_\_  
Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente/padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha