

Departamento de Expedientes Médicos

Teléfono (970) 491-2349

Fax (970) 491-0226

Intercambio de información (Information Exchange)

Nombre: _____ Fecha: _____

N.º DE ID DE CSU: _____ Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Le doy permiso a _____ de la Red de Salud CSU
(Nombre del personal de la Red de Salud CSU)

para intercambiar información mediante comunicación verbal o escrita con: _____

_____, cuyo(s) número(s) de

(Profesor(es), Padre(s), etc.)

teléfono(s)/domicilio(s) es/son: _____
_____.

A continuación describa la condición a ser discutida, y la(s) fecha(s) de servicio en la(s) que usted desea que se cubra esta autorización. **NOTA:** Esta autorización es únicamente válida para la comunicación entre las partes nombradas, para la condición descrita y para el período de tiempo especificado por el paciente.

Firma del paciente/cliente (o personal representante)

Firma del personal de la Red de Salud CSU

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA

- Esta autorización tendrá efecto por 180 días, a menos que la misma se revoque antes.
- Debido a que esto pertenece a una condición continua específica, esta autorización tendrá efecto durante el transcurso de su inscripción actual en la Universidad Estatal de Colorado, a menos que la misma se revoque antes.

