

**Central California Neurology  
Medical Corporation**

Dr. Dale A. Helman, M.D.

Dr. Borina Dramov, M. D.

256-A San Jose St.  
Salinas, CA 93901  
(831) 757-5149  
Fax (831) 757-5140

337 El Dorado St. Ste. B-1  
Monterey, CA 93940  
(831) 655-7866

**Autorización para entregar documentos**

La presente autorización es para utilizar o revelar información sobre la salud de:

Nombre del paciente      Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del 2º nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ No. de teléfono: \_\_\_\_\_ No. de seguro social: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

**Por medio del presente autorizo a:**

\_\_\_\_\_  
(Nombre de la persona u organización que entrega la información)      Dirección      Ciudad      Estado      Código postal

**Para que revele información sobre mi salud a:**

\_\_\_\_\_  
(Nombre de la persona u organización que recibe la información)      Dirección      Ciudad      Estado      Código postal

**Esta autorización se aplica a la siguiente información:**

\_\_\_ Documentos médicos (*especifique*): \_\_\_\_\_  
\_\_\_ Documentos de facturación: (*el pedido será enviado al Dept. de Facturación, donde será tramitado*)  
\_\_\_ Demás información sobre la salud (*especifique*): \_\_\_\_\_

- Puedo negarme a firmar, y el hecho de negarme a hacerlo no afectará a mi posibilidad de recibir tratamiento.
- El destinatario no deberá seguir utilizando o revelando legalmente la información sobre la salud del paciente, a menos que se me pida otra autorización o que la ley permita específicamente la utilización o revelación de la información.
- Esta autorización entrará en vigor inmediatamente y seguirá vigente hasta \_\_\_\_\_ (si no se da fecha, la autorización es válida durante un año únicamente desde la fecha en que fue firmada).
- Me reservo el derecho de retirar o revocar por escrito esta autorización, en cualquier momento, salvo en la medida que el consultorio Central California Neurology (CCN) ya haya revelado la información.
- Certifico que he dado mi consentimiento libre, voluntariamente y sin coacción, y que la información dada anteriormente es exacta a mi leal saber y entender.
- Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.
- Entiendo que copiar mis documentos puede tardar hasta cinco días laborales después de que se tramiten el pago y la autorización.
- Se me ha notificado que se me cobrará \$25.00 por la copia de mis documentos.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si firma otra persona que no sea el paciente, indique qué es del paciente: \_\_\_\_\_

Indique lo que prefiere: \_\_\_ Enviar los documentos a la dirección indicada anteriormente.  
\_\_\_ Recoger en CCN ( ) Salinas ( ) Monterey