



CENTRO DE EXCELENCIA MEDICA EN ALTURA
DIRECCION MÉDICA

**CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA
COMPARTIR INFORMACIÓN DE LA ATENCION MÉDICA A TERCEROS**

Lugar y Fecha / Place and Date: _____

Nombre del paciente / Name of the Patient: _____

No. De Expediente / File Number: _____ **Edad / Age:** _____ **Fecha de Nacimiento / Date of Birth:** _____

Aspectos a considerar: Es derecho de todo paciente ser tratado con confidencialidad y privacidad, por lo que toda la información que expresa a su médico, se maneja de forma reservada y no se divulga más que con la autorización expresa de su parte. // Aspects to consider: It is the right of every patient to be treated with confidentiality and privacy, so all the information expressed to your doctor is handled in a reserved manner and is not divulged except with your express authorization.

AUTORIZACIÓN/ AUTHORIZATION:

Al firmar este documento, yo _____ autorizo compartir mi historial médico e información derivada de la atención médica/proceso de reclutamiento a la siguiente persona/empresa: // By signing this document, I _____, authorize to share my medical record and information derived from the medical attention/recruitment process to the following person/company:

Nombre del tercero interesado

Name of the designated person/company

- ☐ Centro de Excelencia Medica en altura
☐ Metlife seguros
☐ Grupo Pachuca
☐ Axa Seguros
☐ _____

Relación con el paciente o persona// Relation with the patient or person

- ☐ Laboral ☐ Aseguradora ☐ Escolar ☐ Banco ☐ Familiar
☐ Otro _____

Tomando en cuenta los aspectos a considerar antes descritos, y entendiendo los efectos que de esto pueda surgir, declaro que he comprendido las explicaciones que se me han dado y el personal que me ha atendido me realizó todas las observaciones y aclaró todas las dudas que le he planteado. // Therefore, by recognizing the aspects before described, and understanding the effects that may arise from this, I declare that I have understood the explanations that have been given to me, and the staff who has treated me made all the observations and clarified all the doubts I had.

También comprendo que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, puedo revocar la autorización que ahora otorgo. Por ello manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y comprendo el alcance de mi decisión. // I also understand that at any moment and without any explanation, I can revoke the authorization that I am currently giving. I state that I am satisfied with the information received and that I understand the complete range of my decision.

Nombre y Firma del Interesado// Name and Signature of the Interested

NO AUTORIZACIÓN/ NO AUTHORIZATION:

Al firmar este documento, yo _____ NO autorizo compartir mi historial médico e información derivada de la atención médica. // By signing this document, I _____ DO NOT authorize to share my medical record and information derived from the medical attention.

Nombre y Firma del Interesado// Name and Signature of the Interested