



**AUTORIZACION DE DIVULGACION MEDICA
DE
FULL CIRCLE NUTRITION**

Lora Williams, MS, RD, LD
721 N. Locust Street
Denton, TX 76201
(940) 380-8780
(940) 380-8788 (fax)

Por este medio autorizo a Lora Williams, MS, RD, LD de Full Circle Nutrition la divulgación de los reportes de consulta nutricional a:

Nombre del paciente _____ Teléfono del paciente _____

Dirección del paciente _____ Ciudad/Estado/Código postal _____

Razón/Propósito de divulgación: *(por favor circule)* registros personales; Especialista; Seguro; Otro _____

Favor de también divulgar mis reportes de consulta nutricional a la(s) persona(s)/MD nombradas aquí: _____

_____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Tenga en Cuenta: Su reporte (s) de consulta nutricional es/son enviados a su proveedor de salud a menos que se especifique lo contrario.

Expiración: Esta autorización expirara en (debe escoger uno):

Un año a partir de la fecha firmada Otro (poner fecha o evento): _____

Derecho a Revocar: Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una nota escrita a la dirección nombrada en la parte superior de esta forma. **Entiendo que la revocación de esta autorización no afectara cualquier acción que la entidad mencionada arriba tomó en dependencia de esta autorización antes de que recibiera mi notificación revocatoria escrita.**

Firma (Este documento debe ser firmado por el individuo, padre del menor o representante personal del individuo):

*Firma del paciente/Representante personal del paciente***

Nombre impreso

Fecha

Relación si no es el paciente