



# AUTORIZACIÓN PARA LA PRESENTACIÓN ORAL DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Nombre de la paciente: ..... Fecha de nacimiento: ..... / ..... / .....

Número de teléfono preferido: .....

**Autorizo a MoZaic Care a hablar sobre mi información médica, en persona o por teléfono, con las siguientes personas involucradas en mi tratamiento y atención médica (amigo, familiar, proveedor médico, etc.):**

Nombre: .....

Relación: ..... Número de teléfono: .....

Nombre: .....

Relación: ..... Número de teléfono: .....

Esta autorización es válida indefinidamente. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, excepto cuando la información ya se haya publicado. Mi revocación debe presentarse por escrito, debe contar con mi firma y debe enviarse a MoZaic Care.

Firma de la paciente: ..... Fecha: .....