

COVID-19 TESTING AUTHORIZATION RELEASE

NOMBRE DEL PACIENTE: PRIMERO/ SEGUNDO / APELLIDO				FECHA DE NACIMIENTO	
DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO				NO CORREO ELECTRONICO	
DIRECCION	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	CODIGO DE AREA DEL N.º DE TELEFONO	

Soy el  PACIENTE  TUTOR  EL CURADOR  PERSONA DESIGNADA y por este medio autorizo a  Natividad

PROPOSITO: LA DIVULGACION DE ESTOS ARCHIVOS ES SOLO PARA EL (LOS) SIGUIENTE(S) PROPOSITO(S)
FECHAS Y TIPO DE INFORMACION QUE SE DIVULGARA:

Si usted es el paciente que solicita sus propios registros. Por favor marque uno:

Email    U.S. Mail    Text

INFORMACION QUE SE DIVULGA: Esta es una autorización de divulgación completa de la información de atención médica relacionada con las pruebas COVID-19 solamente.

Gracias por comprobar el estado de sus resultados.  
Por favor complete este formulario.  
Envíe una imagen del formulario completado, junto con una imagen de su documento de identidad con fotografía u otro documento de identidad.

Para:  
COVIDInfo@natividad.com

FECHA	FIRMA DEL PACIENTE	CONSENTIMIENTO VERBAL
-------	--------------------	-----------------------



1441 CONSTITUTION BLVD. • SALINAS, CA 93912-1661 • (831) 755-4111

AUTH FOR USE/DISCLOSURE OF HEALTH INFO



AUTHRELINEF

AUTHORIZATION TO USE  
OR DISCLOSE COVID-19  
HEALTH  
INFORMATION

PATIENT LABEL
---------------