



WARRIOR WELLNESS GROUP LLC

FIND YOUR INNER STRENGTH.

NOMBRE DEL CLIENTE: _____
FECHA DE NACIMIENTO _____

POR LA PRESENTE AUTORIZO A WARRIOR WELLNESS GROUP, LLC, 1130 15T STREET NORTH SUITE 200, ALABASTER, ALABAMA, 35007, A DIVULGAR MIS REGISTROS MÉDICOS A LO(S) SIGUIENTE(S):

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA/INDIVIDUO: _____
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA/INDIVIDUO: _____
INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA COMPAÑÍA/INDIVIDUO _____

LOS DOCUMENTOS DEBEN SER DIVULGADOS CON EL PROPÓSITO DE

ACEPTO DIVULGAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

- _____ **TODOS LOS REGISTROS MÉDICOS**
_____ **SOLO NOTAS DE PROGRESO**
_____ **SOLO FECHAS Y HORARIOS DE CITAS**

ENTIENDO QUE MI AUTORIZACIÓN PERMANECERÁ VIGENTE SIN FECHA DE VENCIMIENTO Y QUE LA INFORMACIÓN SERÁ MANEJADA CONFIDENCIALMENTE EN CUMPLIMIENTO CON TODAS LAS REGULACIONES APLICABLES DE HIPAA.

HE LEÍDO Y ENTIENDO LA NATURALEZA DE ESTA AUTORIZACIÓN.

FIRMA DEL CLIENTE/TUTOR

FECHA

FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA COMPAÑÍA

FECHA EN QUE SE COMPLETÓ LA SOLICITUD